

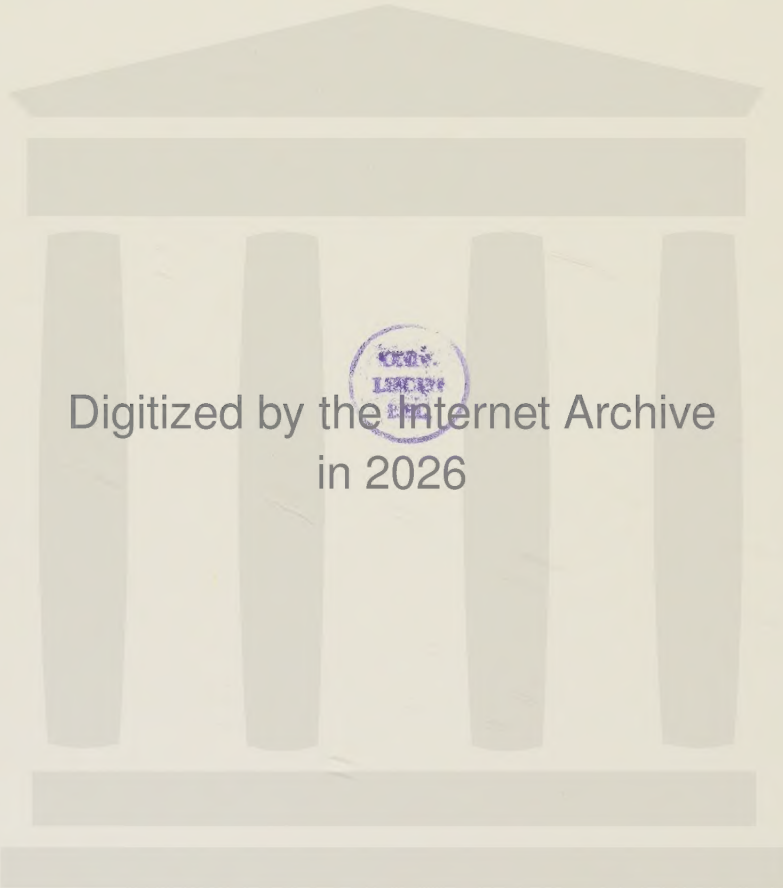
Kontinuitet i omvårdnaden av äldre patienter

Studier av utskrivningen från sjukhus
till hemmet samt attityderna till
äldre bland sjuksköterskor

Catharina Lindencrona



UPPSALA 1987



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Kontinuitet i omvårdnaden av äldre patienter

Studier av utskrivningen från sjukhus
till hemmet samt attityderna till
äldre bland sjuksköterskor

Catharina Lindencrona



UPPSALA 1987

Distributor:
Almqvist & Wiksell International
Stockholm, SWEDEN

Doctoral thesis at Uppsala University 1987
from the department of Social Medicine

ISSN 0282-8928
ISBN 91-554-2100-8

Abstract

Lindencrona, C. 1987. Kontinuitet i omvårdnaden av äldre patienter. Studier av utskrivningen från sjukhus till hemmet samt attityderna till äldre bland sjuksköterskor. (Continuity in nursing care of elderly patients. Studies of discharges from hospital to home and nurses' attitudes toward elderly). Acta Univ. Ups., *Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine*, 4, x + 158 pp, Uppsala, ISBN 91-554-2100-8.

Research on continuity of care between hospital and home for patients 65 years and over was undertaken. Emphasis was placed on the nursing contribution to continuity through communication between nurses in acute hospital wards and community nurses. The direction of the work was provided by a problem-finding study among community nurses which pointed to many areas of concern. The discharge of elderly patients from acute somatic hospital care to home was indentified as a topic in need of study as well as attitudes toward elderly among nurses.

Studies of records, interviews with patients, head nurses and community nurses and attitude tests were the main methods of data collection employed. The main findings were that community nurses were not aware of the majority of elderly patients' hospital discharges. When information about the discharge was given it was scanty and tended to have a merely medical content. Patients' nursing problems, though considered important by head nurses, were rarely transmitted. The effect of structured information, obtained through use of a specially designed form for communication of nursing information from ward nurses to community nurses, pointed to the possibility of improving communication of nursing aspects of care and, therefore, also of continuity of care.

The results also showed that the attitudes toward elderly among nursing students and nurses pointed only slightly in a positive direction. It is suggested that more attention to care of the elderly in nursing education might achieve a shift in attitudes into a stronger positive direction. This, in turn, might increase attention to patients' nursing problems as a focus of care for the elderly in acute hospitals as well as community nursing.

Key words: Attitudes, communication, continuity in care, discharge, elderly, nursing.
Catharina Lindencrona, Department of Social Medicine, University Hospital, S-751 85 Uppsala, Sweden

© Catharina Lindencrona 1987
Printed in Sweden 1987 by
Merkantil-Tryckeriet AB, Uppsala.

FÖRORD

Föreliggande arbete genomfördes vid institutionen för socialmedicin vid Uppsala universitet i ämnet hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning mot omvårdnad. Som doktorand har jag samtidigt varit associerad till Program för omvårdnadsforskning vid Uppsala universitet (numera Centrum för omvårdnadsvetenskap).

Arbetet har en tvärvetenskaplig ansats och att det kunde förverkligas beror på stöd från många olika personer. Framförallt vill jag tacka min huvudhandledare professor Björn Smedby, institutionen för socialmedicin, och docent Lars Kebbon, institutionen för psykiatri, som under arbetets gång svarat för den vetenskapliga handledningen. De har visat tålamod, givit uppmuntran och kritik samt själva varit föredömen för mig att sträva mot vid framtida arbetsuppgifter. Dessutom har professorerna Ragnar Berfenstam, Gösta Berglund, Lisbeth Hockey och Gunnar Ström bidragit med värdefulla råd och synpunkter. Även forskargruppen - under ledning av professor Claes-Göran Westrin - och den administrativa personalen vid institutionen för socialmedicin har på många olika sätt i den dagliga verksamheten hjälpt mig både praktiskt och vetenskapligt. Särskilt vill jag nämna fil kand Kerstin Carsjö, dr med sc Bengt Haglund, leg sjuksköterskan, fil kand Alice Hermansson och fil kand Karin Wängelin.

Styrelsen för Uppsala högskoleregion och dess kansli har givit ett ovärderligt stöd åt omvårdnadsforskningens utveckling och även åt mitt arbete. Speciellt vill jag tacka avdelningsdirektör Maj Aldskogius.

Till samtliga de patienter och sjuksköterskor, utan vilkas medverkan de olika studierna inte hade kunnat komma till stånd, riktar jag ett varmt tack för den tid de ställde till mitt förfogande samt den vänlighet som de visade. Slutligen vill jag också nämna personalen vid medicinska biblioteket på Akademiska sjukhuset som varit till stor hjälp vid framtagningen av olika artiklar samt alla kolleger och kursdeltagare i de överbyggande kurser jag lett, vilka på olika sätt deltagit i arbetet eller visat sitt intresse.

Uppsala i november 1987
Catharina Lindencrona

Den som är förtjust i praktisk verksamhet utan vetenskaplig grund är som en lots på ett skepp utan roder och kompass och vet aldrig vart han är på väg. Praktik måste alltid grundas på en sund kunskap om teorin.

Leonardo da Vinci

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	iii
Summary	1
1. Allmän inledning	7
Kontinuitet	10
Sjuksköterskor i hälso- och sjukvården	15
De äldre som konsument av vård	16
Några utgångspunkter för arbetet	18
Hälso- och sjukvårdens komponenter	19
Omvårdnad	20
Omvårdnadsprocessen	21
Orems modell för omvårdnad	22
Omvårdnadsforskning	25
2. Kortfattad presentation av arbetet	28
Syfte och frågeställningar	28
Arbetets uppläggning	29
3. Kontinuitet i omvårdnad – en problemsökande studie	31
Syfte och frågeställningar	31
Material och metod	31
Resultat	32
Omvårdnadsproblem	32
Kontinuitet i omvårdnaden	33
Rutiner	35
Förslag till förbättrad patientvård	37
Slutsatser	37
Val av problem för kommande studier	38

4. Äldre patienters utskrivning från akutsjukhus	39
Inledning	39
Syfte och frågeställningar	42
Material och metod	43
Resultat	45
Utskrivningsrutiner	45
De intervjuade patienterna	47
Utskrivning och hemfärd	48
Information om vården	51
Känslor av ensamhet och beroende	53
Kontinuitet	54
Diskussion	56
Patienternas upplevelse av sin situation i samband med utskrivning	56
Upplevelser av kontinuitet i omvårdnad vid byte av vårdnivå	57
Utskrivningsrutinerna	57
5. Utskrivningsmeddelande från sjukhus till distriktssköterskor	61
Inledning	61
Syfte och frågeställning	62
Material och metod	62
Resultat	64
Diskussion	67
6. Överensstämmelsen i sjuksköterskors bedömning av patienters omvårdnadsbehov	69
Inledning	69
Syfte och frågeställningar	71
Material och metod	71
Det första materialet	71
Det andra materialet	73
Resultat	73
Den första datainsamlingen	73
Den andra datainsamlingen	75
Diskussion	78
7. Attityder till äldre bland sjuksköterskor	81
Inledning	81
Syfte och frågeställningar	84
Material och metod	84

Resultat	86
Litteraturstudien	86
Den empiriska studien	92
Diskussion	95
Litteraturstudien	95
Den empiriska studien	96
8. Sammanfattande diskussion	99
Sammanfattning av studierna	99
Patienternas uppfattning om kontinuiteten vid utskrivningen	102
Överföring av information om omvårdnaden	103
Kontaktsjuksköterskor	106
Frågor kring sekretess, integritet och journalföring . . .	107
Attityderna till äldre	110
Undersökningens begränsningar	111
9. Konsekvenser och rekommendationer	112
Kontinuitet i omvårdnaden	112
Allmänna rekommendationer för patientvården	113
Förslag till vidare forskning	114
Inom den praktiska verksamheten	115
Insamling av patientuppgifter	115
Värderingar rörande arbetsuppgifter i vården	115
Ansvarsfördelning	116
Attityderna till äldre	116
Vårdutbildning och fortbildning	117
Förslag till hypoteser	118
Referenser	119
 Bilagor	
1. Patientfall	135
Kommentarer	137
Patientbeskrivningar	138
2. Formulär	149

TABELLFÖRTECKNING

1.	Konsumtion av sluten sjukvård i Sverige efter ålder och vårdform år 1982	17
2.	De intervjuade personerna efter hemortskommun, ålder och kliniktyp	48
3.	Förekomst av problem i samband med utskrivning och hemfärd enligt de intervjuade patienterna efter hemortskommun och kliniktyp	49
4.	De intervjuade patienterna efter tid för förvarning om utskrivning från sjukhuset och kliniktyp	50
5.	De intervjuade patienterna efter veckodag för utskrivning och kliniktyp	50
6.	De intervjuade personernas hjälpbehov efter utskrivningen enligt Katz	52
7.	De utskrivna patienternas kännedom om namn på läkare och sjuksköterska vid den vårdavdelning där de vårdats efter ålder	53
8.	Distriktssköterskans kännedom om den aktuella sjukhusvistelsen samt tidigare kännedom om patienten efter kommuntyp	55
9.	Utskrivningsmeddelanden fördelade efter typ av formulär, kliniktyp och ålder, samt kön och sjukhus	63
10.	Antalet positiva svar avseende tre typer av problem erhållna vid användning av befintliga och strukturerade utskrivningsmeddelanden	66

11.	Överensstämmelsen mellan två respektive tre sjuksköterskors bedömning av innehållet i befintligt och strukturerat utskrivningsmeddelande . . .	74
12.	Beräkning av överensstämmelse mellan olika bedömare med korrigering för inverkan av slumpen	76
13.	Innehållet i strukturerade utskrivningsmeddelanden från sluten somatisk akutsjukvård till ett primärvårdsdistrikt samt distriktssköterskans bedömning av samma variabler efter patientens hemkomst	77
14.	Redovisning av studier kring attityder till äldre genomförda i USA, Kanada och Storbritannien	88
15.	Tornstams kunskapstest angivet som medelvärde av antalet rätta svar och kvoten av skönmålande respektive svartmålande felaktiga svar fördelade efter svars kategorier	93
16.	Kogans OP-skala efter medelvärde på positiva och negativa items fördelade efter svarakategorier	94
17.	Handlingsberedskap vid omvårdnad av äldre uttryckt som skalmedelvärde fördelat efter svars kategorier	94

FIGURFÖRTECKNING

1.	Viktiga kommunikationsled för kontinuiteten i omvårdnaden	14
2.	Vårdens tre komponenter enligt Hall	19
3.	Orems modell för omvårdnad	23
4.	Omvårdnadsinnehåll i utskrivningsmeddelanden från sjuksköterskor i slutenvård till distriktsköterskor	65
5.	Schematisk framställning av relationen mellan kunskap, känslor, handlingsberedskap och handlingar efter Fishbein och Ajzen	83

Summary

CONTINUITY IN NURSING CARE OF ELDERLY PATIENTS. Studies of discharges from hospital to home and nurses' attitudes toward elderly.

Over the last decade continuity has been recognized in official Swedish documents as a concept of great importance in the care of patients. This national, as well as a personal concern about continuity of care, provided the impetus for this work.

Continuity of care is a widely used concept, which may be achieved in a variety of ways. This monograph describes research where the emphasis was placed on the nursing contribution to continuity in the care of elderly patients. A literature search revealed that in Sweden empirical studies of continuity in nursing care are scarce. None were found which focused on the elderly patient.

The direction of the four studies that were undertaken, was provided by a problem-finding interview study among community nurses, which pointed to many areas of concern. One problem that became apparent was deficient communication and planning of nursing between different levels of the health care system. Systematic assessment of nursing needs on a continuous basis was not practiced. There appeared to be a lack of professional knowledge to express nursing components of care in contrast to a well developed language to express medical components of care. The question of nurses' attitudes toward elderly was also raised in this study since attention to elderly patients' particular nursing needs and continuity of care could not be described by examples of particular nursing actions. The following research questions were formulated:

1. What kind of problems do elderly patients meet when discharged from short-term hospital care to their own home and are these problems amenable to nursing intervention?
2. What information regarding nursing needs is communicated between hospital and community nurses and what is the method of this communication?
3. Does a systematic and structured information system provide more information about nursing needs than an unstructured system?

4. How reliable are nurses' interpretation of discharge messages and do hospital nurses and community nurses differ in their perception of nursing needs?
5. What are the attitudes toward elderly among nurses and nursing students?

PRESENTATION OF THE STUDIES

The conceptual framework which guided the strategy for the work and the analysis of the data includes Hall's model of care, the nursing process and Orem's model for nursing. The definition of nursing and nursing research used in the study were those formulated by a working group within the Swedish Medical Research Council.

The first study - described in chapter 4 - was a study of elderly patients' discharges from hospital to their homes. It was conducted as an exploratory study and investigated problems that patients reported on discharge from short-term hospital care and afterwards, what kind of information the community nurse had received and how this information had been communicated.

Interviews with patients generated data relevant for question 1 and interviews with community nurses generated the data for question 2. The medical records with particular focus on the nursing notes provided additional information.

The patient sample was selected consecutively from six wards, four medical wards and two orthopaedic. There were three selection criteria 1) age 65 and over 2) discharge to own home 3) distributed equally between a large city and a rural area. At the end of six months a sample of 100 patients was reached. It consisted of 75 patients from the medical wards and 25 from the orthopaedic wards. Each community nurse (n=33) responsible for primary care in the patient's home area, was also interviewed regarding information about the patient's health status.

The interviews took place one to two weeks after discharge. They were made by the author (registered nurse and researcher) who was not previously known to the patient and not related to any of the wards or primary care settings.

One concern for the nursing profession is the patients' self-care ability. In the interviews with patients, Katz' index of ADL was used as a self-assessment tool for functions concerning bathing, dressing, going to toilet, transfer, continence and feeding. The purpose was to measure the self-care ability after hospital discharge

and the community nurses' knowledge of the patient and his/her situation. Fifty-three patients reported being independent of help. However, if transfer outdoors was added, only 38 patients reported being independent of help. Although nine patients were dependent in all six functions of the index, there was no mention of this high dependency in any of the hospital records.

Information about the patients' discharge had in nine cases out of 100 been transmitted to the community nurse within the patients' primary care districts. These messages included only medical orders or treatments and no nursing observations or recommendations.

In answer to question 3, a study of two different means of communication between hospital and community nurses in connection with patient discharge, was carried out. This study is reported in chapter 5. It attempted to explore the effect of systematic and structured information about elderly discharged patients as compared to the existing, more unstructured information. As in study one the sample consisted of consecutively discharged elderly patients. The patients came from six medical and surgical wards in two hospitals. For the purpose of information to the community nurse a structured discharge-message form was constructed and introduced after the already existing, more unstructured, forms were used for eight elderly patients on each ward (n=48). Forty-eight patients on the same wards were then discharged using the structured form for information. The contents of the two different types of notes were analyzed using Orem's frame of reference. The effect of structured information from ward nurses to community nurses pointed to the possibility of improving communication of nursing aspects of care.

The third study, designed to test inter-rater reliability between nurses, is reported in chapter 6 and was an attempt to answer question 4. In the study a comparison was made of the interpretations of information obtained from the already existing discharge messages versus the more structured forms, by three independent registered nurses. The results showed that the structured forms provided more reliable information. In addition information on discharge of 32 patients using the structured forms was compared to an assessment of a community nurse on the same items the first or second day after discharge.

The last study, reported in chapter 7, focused on question 5. It explored the attitudes toward elderly of three groups of nurses and nursing students. It was based on the concept of attitude as being composed of knowledge, feelings and readiness to act according to Fishbein and Ajzen.



One purpose of this last study was to make an inventory of studies on attitudes toward elderly among nurses and nursing students. Literature was searched through the MEDLINE library system and manually in the King's Fund Library and Royal College of Nursing Library in London as well as at the library of the Swedish Planning and Rationalization Institute for the Health and Social Services (Spril) in Stockholm. No studies of nurses' attitudes toward elderly were found to have been published in Sweden in contrast to Canada, the United States and Great Britain.

Empirical data on attitudes were collected through a questionnaire distributed to a sample consisting of registered nurses (n=70), community nurses (n=281), and student nurses (n=283). The three part questionnaire was composed of a Swedish version of Palmore's quiz on aging, namely Tornstam's test of knowledge of elderly, and Kogans' Old People Scale, which was translated into Swedish. The last attitude component, readiness to act, was covered by questions designed by the author since a well developed scale could not be found.

The empirical data revealed that the knowledge of elderly tended to be slightly better than in a sample drawn from the general public. Kogan's OP-scale showed results within the range of neutral to slightly positive. The mean score for "readiness to act" also showed only slightly positive direction.

The data emerging from the research were both qualitative and quantitative. Data from the literature search were organized manually. The problem-finding study and studies 1, 2 and 3 were analyzed using an IBM personal computer and a statistical package developed at Umeå university (QUEST) and/or by manual categorization of the answers. The data from study 4 were processed at Uppsala Data Center and the program packages Statistical Analysis System (SAS) and Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) were used for statistical analysis.

CONCLUSIONS

The conclusions drawn from the results of the four studies were:

- Problems of great importance to the elderly patients occur at discharge from acute hospital care to their own home and such problems are not always brought to attention and documented.

- Nursing observations and actions at different levels of care – acute hospital care and primary care – were not communicated for elderly patients in a regular and systematic way. The discharge form that existed on the wards was seldom used at all and when used, it mostly included information of the medical component of care only.
- A structured form for discharge-message gave a larger amount of information about the patients' nursing status than the already existing and less structured forms.
- When written information was communicated from a ward nurse to a community nurse a satisfactory overall reliability was reached. However it was lowest on summary of nursing, description of the patients' needs for further nursing and actions related to such needs.
- It was difficult to draw reliable conclusions from the published studies on attitudes since the concept had been interpreted in different ways. In most studies the conclusions however were that attitudes in a negative direction existed in the studied group of nurses or nursing students. In this study no evidence of "ageism" in the sense of negative attitudes was found. However, the attitudes were only just on the positive side of the scale.

In the concluding chapters it is suggested that Orem's model might be useful in achieving a systematic assessment of elderly patients' needs at the point of discharge and also serve as a common professional language for nursing intervention. Orem's method of categorization of nursing care – wholly compensatory, partly compensatory and educational/supportive nursing actions – were found to be helpful in analyzing the data. The latter could not be identified in the hospital records.

An important event in a patient's hospital stay is the discharge. It is important that the patient and his family are prepared for the situation after discharge in order to facilitate progress. Ward nurses and community nurses have an important role in the effort to achieve continuity in care for a patient. This seems not to have been recognized as an important nursing task in the care of the elderly.

The results of this study in relation to attitudes must be of some concern to nursing. The three components of attitudes, namely knowledge, feelings and readiness to act are amenable to change and therefore important for nursing education and nursing

practice. The importance of further studies in this area must be recognized because of the increasing number of elderly in Sweden and other Western countries. Attempts to shift the attitudes of nursing students toward elderly people into a more strongly positive direction may provide a useful challenge to nursing education.

Regulations regarding patient integrity and confidentiality were by some nurses found as conflicting with communication of nursing information between levels of care. This would then be in conflict with an aim of continuity in nursing after discharge.

There can be little doubt that the care of the elderly will become increasingly important because of current and predicted demographic changes in Sweden and in other countries of the Western world. Moreover, the trend toward more care for patients in their own home highlights the importance of continuity of care between the hospital and community sectors. This work claims to have contributed some new knowledge in the area of nursing care and to have raised new questions for further research.

1. Allmän inledning

Hälso- och sjukvården har präglats av ökad personaltillväxt, snabba förändringar och hög teknologi. Allt fler sjukdomar kan diagnostiseras och botas eller lindras. Samtidigt har kvaliteten på vården kommit att ifrågasättas. Inte så att all vård skulle ha sjunkit i kvalitet, utan så att vissa slag av vård kan ha förlorat i jämförelse med andra slag eller att den relativa förekomsten av störningar, komplikationer, skador, misslyckanden eller olämpliga bemötanden kan ha ökat. Många både inom och utom vårdpersonalen har mött sådana förteelser och konstaterat att de ibland beror på patienters orealistiska förväntningar eller eget beteende men ibland istället på att vården har för låg kapacitet eller olämplig utformning. Frågan om vårdens kvalitet måste tas upp på allvar utan fördomar eller försvarsinställning. Då måste bland annat omvårdnaden av patienterna komma att ställas i fokus.

Omvårdnad i professionell mening har vuxit fram för att tillgodose människors behov av hjälp i samband med sjukdom och död samt bidra till bevarandet av hälsa i största möjliga utsträckning. Den omvårdnad som sjuksköterskorna – och deras medarbetare undersköterskor och sjukvårdsbiträden – utför är en verksamhet som på ett sjukhus pågår under dygnets alla timmar och veckans alla dagar. Givetvis har det stor betydelse för patienternas situation på vilket sätt omvårdnadsarbetet sker.

Kanske mer än i något annat land har i Sverige vården av sjuka människor förlagts till sjukhus. Längre har den allra största delen av vårdresurserna gått till sjukhusen (87,88). Under senare år har dock behovet av öppen vård kommit mer i förgrunden på grund av en ändrad vårdfilosofi. Denna innebär att vård i olika öppna vårdformer eftersträvas av humanitära skäl men även för att utnyttja de ekonomiska resurserna på effektivast möjliga sätt (200).

En utbyggnad av primärvården har därför skett och utvecklingen går också mot mer sjukvård i hemmet när så bedöms möjligt (89). Medelvårdtiden inom den slutna akutsjukvården har minskat, antalet läkarbesök vid vårdcentraler och kontakter med distriktssköterskor har ökat (87,190). Detta har bland annat inneburit ett ökat intresse för omvårdnad bedriven inom ramen för primärvården (75). Socialstyrelsen (145) framhåller att kontinuiteten i primärvården ofta bärs upp av distriktssköterskan, eftersom det är vanligare med byte på läkartjänsterna.

På omvårdnaden kan läggas såväl praktiska som vetenskapliga aspekter. Inom den praktiska verksamheten finns en kunskapstradition som hittills i huvudsak har baserats på en överföring av praktisk kunskap och erfarenhet men mindre på vetenskapliga studier. Den kunskap som finns inom omvårdnaden är emellertid historiskt

sett, i likhet med kliniska medicinska ämnen, även uppbyggd med hjälp av ämneskunskap utvecklad inom närliggande vetenskapliga discipliner. En konsekvens av detta förhållande är att omvårdningskunskap snarare grundats på frågeställningar som formulerats inom andra ämnen än sådana som aktualiserats inom det praktiska omvårdnadsarbetet. Därför har omvårdnad som ämnesområde ibland kommit att framstå som otydligt i såväl praktisk verksamhet som inom vårdutbildning och i forskningsarbete.

Förhållandet är annorlunda inom exempelvis den medicinska verksamheten. Där finns en på vetenskaplig tradition uppbyggd kunskapsmassa som tillämpas praktiskt. Kunskapsutvecklingen inom de medicinska ämnena har bland annat lett till att en sjukvårdsstruktur byggts upp kring olika specialiteter. Det har kommit att medföra en uppdelning av patienternas vård i olika vårdnivåer och att den fördelats bland olika specialister inom hälso- och sjukvården.

En ökad förståelse för omvårdnadens betydelse i hälso- och sjukvården håller på att växa fram i Sverige. Den gör det i en tid präglad av ekonomisk återhållsamhet, demografiska förändringar mot fler äldre, ändrad vårdpolitik mot mer öppna vårdformer och ökade krav på personalen att tillgodose hög vårdkvalitet. Tiden präglas också av att yngre generationer bland patienter ställer ökade krav på den vård de får. De äldres tacksamhet och ofta stora anspråkslöshet bryts mot höga förväntningar och krav på service från de yngre. Härigenom framstår vårdpersonalens - och däribland sjuksköterskans - roll som alltmer viktig för att uppnå de mål som utformats för hälso- och sjukvårdens verksamhet inom ramen för de tillgängliga resurserna.

Omvårdnadens roll har därför i Sverige under senare år kommit att betonas i samband med samhällets strävan att säkerställa en bra och trygg vård för varje patient. Exempel på det är att sjuksköterskor, och även vissa andra yrkesgrupper inom vården som inte tidigare haft journalföringsplikt, ålagts att föra patientjournal (141,142).

Även internationellt uppmärksammas omvårdnaden i olika sammanhang. Världshälsoorganisationen (WHO) gav år 1986 ut ett dokument om omvårdnadssituationen i Europa (1). Där framhölls att olika svårigheter med sjuksköterskeåkarens verksamhet förelåg. En sådan svårighet ansågs vara att sjuksköterskorna inte definierat sitt arbete på ett tydligt sätt. I dokumentet hävdas också att yrkesgruppen inte tillräckligt har anpassat sina yrkesinsatser till de olika övergripande behov av omvårdnad som finns. Dels angavs att omvårdnaden inte utformats efter människornas sociala situation i den omfattning som varit önskvärd, dels att sjuksköterskorna inte i tillräckligt hög grad har deltagit i diskussioner på samhällsnivån. Vi-

dare uppmärksammades i dokumentet att tjänster och anställningsförfarande inom sjukvården ofta inte är utformade så att utbildning i och erfarenhet av omvårdnad tillvaratagits i så stor utsträckning som borde ske. Man ansåg att detta medverkat till problemen med att uppnå önskad vårdkvalitet för patienterna.

I den svenska hälso- och sjukvårdslagen (90) samt i kommentarer till denna (33) anges kvalitetskrav för all hälso- och sjukvård dels beträffande patienternas behov av trygghet och kontinuitet i vård och behandling, dels beträffande respekt för patienternas självbestämmande och integritet. Vidare anges hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och graden av goda kontakter mellan patienter och hälso- och sjukvårdens personal som mått på vårdens kvalitet.

Kraven på dagens svenska sjukvård är svåra att uppnå med tanke på att många olika yrkesutövare är engagerade i uppgifterna kring de enskilda patienterna och att vården ges inom många olika verksamhetsformer. Samtliga personalgrupper inom hälso- och sjukvården måste därför medverka till att lagens intentioner uppfylls. Det medför bland annat att målsättningen om kontinuitet i sjukvården måste bevakas och tillgodoses av sjukvårdsansvariga inom olika verksamhetsnivåer om den skall kunna bli en realitet för varje patient.

I ett övergripande sammanhang – makroperspektivet – kommer kontinuitetsmålet att realiseras genom många olika individers agerande och leda till åtgärder såsom exempelvis lagstiftning, övergripande riktlinjer för personalen (policy), vårdprogram, vårdorganisation, resursfördelning och resursanvändning samt kvalitetstillsyn och personalutbildning.

I ett mer begränsat sammanhang – mikroperspektivet – innebär kontinuitet att den enskilda patientens vårdsituation direkt berörs. Det praktiska förverkligandet blir då en uppgift för de olika yrkeskategorier som tillhör kretsen av personer med direkt patientkontakt.

Att detta inte är självklart framgår av redovisade patienterfarenheter. Landstingsförbundet, som erhåller information från sjukvårdshuvudmännen, har understrukit att klagomål framförts i den allmänna debatten om en splittrad och opersonlig hälso- och sjukvård (53). Landstinget i Uppsala län har bland andra också uppmärksammat detta genom en inlägga från förtroendenämnden över patienters och anhörigas synpunkter på vissa omvårdnadsproblem inom hälso- och sjukvården (92). Kunnighet, lättillgänglighet och kontinuitet i sjukvården framhölls i denna som faktorer vilka måste finnas för att patienterna skall känna tillfredsställelse, vilket i sin tur påverkar patienternas förtroende för sjukvården.

För att undvika splittring och fragmentering inom sjukvården behöver således olika åtgärder vidtas. Mot bakgrund av hälso- och

sjukvårdslagens kvalitetskrav beträffande vård och behandling och eftersom kontinuitet i vården påtalats som ett problem som har stor betydelse för den enskilda patienten, framstod det som naturligt att i detta arbete studera sjuksköterskornas möjligheter att höja kvaliteten i vården genom förbättrad kontinuitet.

1.1 KONTINUITET

Kontinuitet är ett mångtydigt och flerdimensionellt begrepp. Det kan rent allmänt definieras som ett oavbrutet sammanhang (169). Vård är i sig ett ord som antyder en inriktning mot kontinuitet. Så länge vård pågår behöver därför också kontinuiteten beaktas. Kontinuitet i vården – d v s sambandet mellan olika vårdinsatser och vårdformer samt vårdnivåer – innebär därmed ett förlopp över tiden. Inom den praktiska sjukvården blir då kontinuiteten en utgångspunkt när det gäller att tillgodose varje patients behov på ett för honom/henne obrutet sätt under vårdens olika faser. Kontinuitet i patienternas vård måste både identifieras och verkställas så att man uppnår största möjliga samband mellan vårdinsatser och vårdnivåer. Kontinuiteten framstår i vissa fall som en primär förutsättning för god vård. I andra fall är kontinuitet något mindre betydelsefull men nästan aldrig helt betydelselös.

Haglund (64) har redogjort för den svenska debatten som förts om behovet av kontinuitet i sjukvården. Han konstaterade att begreppet kontinuitet fått alltför många betydelser för olika individer och att begreppets tolkning och dess tillämpning var beroende av vilken situation som avsågs. Vidare kom han fram till att trots begreppets flitiga användning i debatten hade detta inte åstadkommit några egentliga praktiska resultat för patienterna.

Vid en närmare granskning av den innebörd som begreppet kontinuitet har, finner man att flera olika aspekter kan läggas in i det. En av dessa är vad för slags sammanhang som kontinuiteten avser, d v s en verksamhetsområdesaspekt. Kontinuiteten kan givetvis avse olika slag av verksamheter. Exempel på det är om man avser kontinuiteten i den medicinska behandlingen eller i omvårdnaden alternativt bådaddera.

En annan aspekt som kan läggas på kontinuitet är den organisatoriska. En sådan anknyter till de nivåer, organisationsformer eller administrativa förhållanden som inverkar på förutsättningarna för att uppnå kontinuitet.

Man kan också finna en aspekt som hänför sig till relationen mellan en patient och en eller flera yrkesgrupper. En sådan relationsaspekt berör frekvensen och kvaliteten i kontakterna mellan

exempelvis patienter, eventuella anhöriga samt läkare, sjuksköterskor eller andra personer inom vårdverksamheten.

Ytterligare en kontinuitetsaspekt kan dessutom läggas på det innehåll som vården har. Innehållsaspekten innebär då det obrutna sambandet under en vårdperiod med hänsyn till de mål som finns för patientens vård samt planeringen och åtgärderna för att uppnå dem. Den inbegriper därmed patientens, eventuella anhörigas och berörd vårdpersonals kännedom om vårdens innehåll och utformning. Innehållsaspekten kommer bland annat till uttryck i dokumenterad och icke dokumenterad (minnesberoende) information om innehållet i vården.

Som tidigare har berörts innefattar kontinuitet också en tidsdimension och den kan vara mer eller mindre lång. Det innebär exempelvis att tidsfaktorn kan påverka den information som byggs upp hos vårdpersonalen och därmed deras möjligheter till fördjupad förståelse och tolkning av patientsituationer under olika tids- och åldersperioder. Den anknyter därmed till långsiktig kontinuitet i motsats till en mer kortsiktig.

Slutligen kan man lägga en statistisk-matematisk aspekt på kontinuitetsbegreppet såsom vid definition och beräkning av kontinuitetsmått av olika slag.

I utredningar och vid undersökningar av kontinuiteten i sjukvården har begreppet följaktligen tolkats på skilda sätt och därmed har olika aspekter kommit att framhållas. Bass och Windle (11) framhöll att kontinuitet i sjukvård förutsätter en över tid stabil relation mellan patient och vårdgivare. Shortell (158) menade att kontinuitet i sjukvården innebär i vilken utsträckning den medicinska vården under en vårdepisod ges som en samordnad och obruten kedja av åtgärder i överensstämmelse med de medicinska behov som föreligger. Det senare innebär att en innehållsaspekt framhölls. Han presenterade även en statistisk metod för att redovisa kontinuiteten i form av patienternas kontinuerliga resursutnyttjande.

Frågan om kontinuiteten i sjukvården har i Sverige alltmer kommit att aktualiseras i officiella dokument (107,108). Med kontinuitet i vården avsåg kontinuitetsutredningen år 1978 att det inte skall uppstå några "glapp", d v s avbrott, i vård och behandling även om en patient får vård av många olika personalkategorier och på olika vårdnivåer. I kontinuitetsutredningen utgick man också från tre olika sätt att beskriva kontinuitet, nämligen **vårdepisodskontinuitet**, **långsiktig kontinuitet** samt **kontinuitet i själva vården**.

I undersökningar av patienters inställning till sjukvården har enhetliga önskemål framkommit om att vid återbesök få träffa samma läkare. En rad praktiska svårigheter med att uppnå detta har därvid diskuterats (44). Svenska kontinuitetsstudier har framför allt gällt

just patient-läkarkontinuitet samt varit inriktade på vårdepisodskontinuiteten. Exempel på sådana studier är teoretiska jämförelser av olika statistiska kontinuitetsmått avseende patient-läkarkontakter och empiriska studier av sådan kontinuitet (45,46,163). Den långsiktiga kontinuiteten i patient-läkarrelationen har inte i samma utsträckning kommit att studeras närmare.

En viktig aspekt är också kontinuiteten i själva vården. Den definieras i kontinuitetsutredningen som den effektiva samverkan mellan olika personalkategorier och mellan olika vårdnivåer för att garantera patienten "en röd tråd" i den vård som ges. En sådan "röd tråd" har starka beröringspunkter med omvårdnadsfunktionen.

I den proposition som framlades i riksdagen angående åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården (146) underströk det föredragande statsrådet att det finns behov av kontinuitet hos varje patient. Vidare framhölls bland annat behovet av adekvata rutiner för informationsutbyte mellan olika vårdnivåer i situationer där flera vårdgivare är inblandade. Där framhölls således den organisatoriska aspekten. I propositionen sades också att informationsutbytet mellan olika vårdnivåer och vårdformer bör kunna systematiseras och utformas på ett administrativt enkelt sätt. Härutöver påtalades att vårdutbildningarna, i likhet med forsknings- och utvecklingsarbete, utgör ett viktigt instrument för att påverka hälso- och sjukvårdsverksamheten och dess framtida utveckling samt att målformuleringar för vårdutbildningarna bör beröra förhållanden som är av betydelse för att utveckla en bättre kontinuitet i sjukvården.

Inte bara i vårt land utan även utomlands har kontinuitetsbegreppet ofta beskrivits och använts i bemärkelsen patient-läkarrelationen (10,65,77,158,167). Övriga personalgruppers bidrag till kontinuiteten i patientvården har däremot inte kommit att diskuteras eller undersökas i samma utsträckning. De sista åren har dock det i USA använda systemet med s k primary nursing kommit att väcka intresse och viss tillämpning även i vårt land. Det innebär att kontinuiteten i omvårdnaden betonas och att relationen mellan sjuksköterska och patient fokuseras. Omvårdnaden bedrivs då så att en och samma sjuksköterska ansvarar för en patients totala omvårdnad under en viss vårdepisod. Bakgrunden till denna utveckling kan sökas i de olika teoretiska modeller för omvårdnad som har presenterats i USA under de senaste årtiondena. I framförallt Storbritannien har dessutom sjuksköterskors insatser vid utskrivningen från sjukhus kommit att diskuteras i samband med strävan att åstadkomma kontinuitet i patienters vård.

Kontinuitet i vårdens innehåll är givetvis beroende av vårdgivarnas kunskap och den kommunikation som sker. Utan kunskap om patienten som person samt dennes olika behov av medicinsk

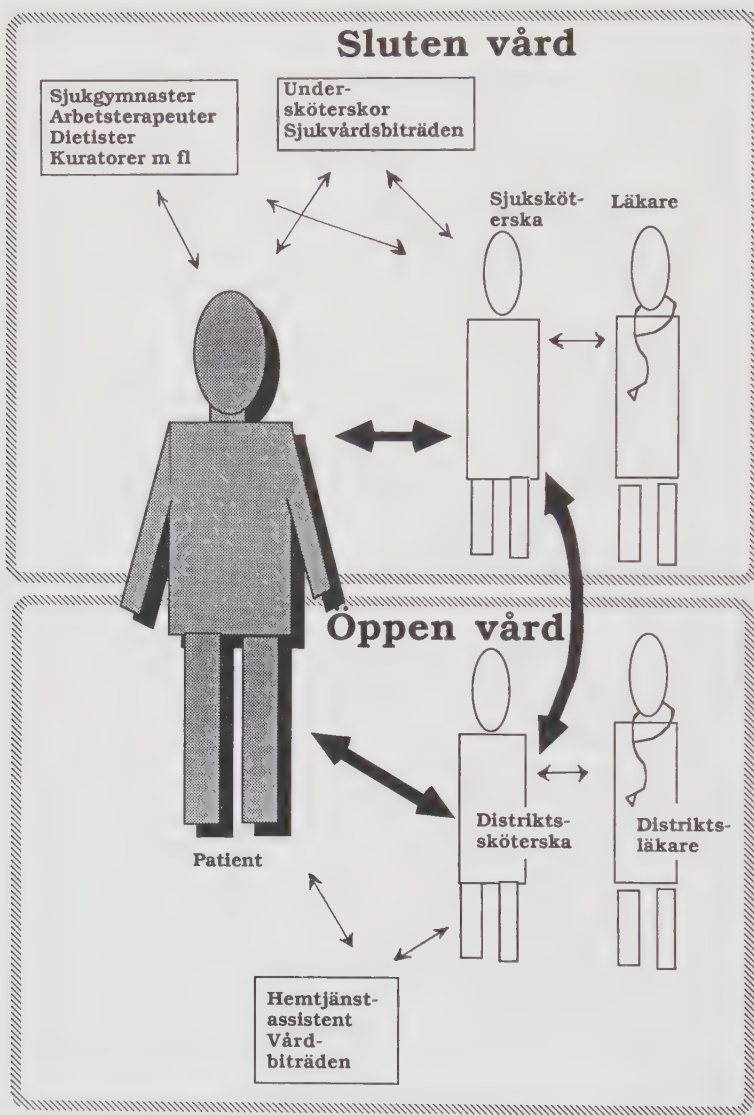
behandling och omvårdnad kan kontinuitet inte uppnås. Den "röda tråden" kan då komma att utebli och sambandet mellan olika vidtagna åtgärder brista. Förutom den fysiska och emotionella stress som det innebär att vara sjuk, möter vanligen patienterna många och ständigt växlande personer bland vårdpersonalen. De möter även olika slag av vårdinsatser och olika vårdnivåer. En tydlig beskrivning av vårdens innehåll och metoder samt formerna för samverkan mellan vårdpersonalen blir ett villkor för att den enskilde patientens vårdbehov skall komma att tillgodoses under betryggande former på ett kontinuerligt sätt. Det förutsätter en fungerande kommunikation mellan de olika vårdgivarna och mellan vårdgivarna och patienten samt dennes anhöriga.

I figur 1 illustreras kommunikationen mellan de för patienternas omvårdnad yrkesansvariga sjuksköterskorna inom den slutna och öppna vården och annan vårdpersonal med beröring till den omvårdnadssituation som föreligger.

I syfte att skapa en samordnad vård inom en vårdnivå eller mellan olika vårdnivåer måste behovet av omvårdnad och vidtagna omvårdnadsåtgärder förmedlas på ett sådant sätt att de är lätt överblickbara och innehållsmässigt bidrar till att "glapp" i den totala vården undviks.

Ett ökande antal patienter skrivs ut efter en allt kortare vårdtid. En patient är då ej alltid helt återställd och behov av fortsatt vård kan föreligga. Kontinuitet med inriktning på innehållet i vården blir därför betydelsefull om en patients tillfrisknande och rehabilitering skall kunna fortsätta efter utskrivning från sjukhus men även i samband med en ny inläggning för vård på sjukhus. För sjuksköterskorna är det givetvis en viktig fråga hur kontinuiteten skall kunna förverkligas för patienterna. Få studier av kontinuitet i det direkta omvårdnadsarbetet inom den slutna sjukvården har dock publicerats i vårt land, vilket även gäller för patienters erfarenheter av omvårdnaden. Det gäller också inom den öppna vården (82) liksom vid övergången mellan de båda verksamhetsformerna.

I likhet med andra verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården behöver omvårdnaden baseras på tillförlitliga data om patienten. Hur sådan information insamlas samt kommuniceras inom en vårdnivå eller mellan olika vårdnivåer finns det liten egentlig kunskap om.



Figur 1: Viktiga kommunikationsled för kontinuiteten i omvårdnaden

1.2 SJKSKÖTERSKOR I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Inom den offentliga hälso- och sjukvården är cirka 60 procent av samtliga tjänster inriktade mot omvårdnad av patienter (sjuksköterskor, sjukvårdsbiträden, skötare och undersköterskor) och cirka tio procent mot medicinsk terapi, diagnostik och rehabilitering (arbets-terapeuter, kuratorer, läkare och sjukgymnaster). Den återstående delen utgörs av andra tjänster såsom exempelvis läkarsekreterare eller administratörer och andra grupper, vilka inte ingår i vårdteamet närmast patienterna (12,87).

Det direkta omvårdnadsarbetet genomförs i den slutna vården i huvudsak av vårdpersonal under ledning av sjuksköterskor. Också inom den öppna vården har sjuksköterskor en betydelsefull funktion att fylla när det gäller att upptäcka och åtgärda omvårdnadsbehov samt bedriva förebyggande hälsovård. Världshälsoorganisationen (WHO) har särskilt poängterat sjuksköterskeåkårens betydelse för att uppnå de hälso- och sjukvårdsolitiska mål som formulerades i Alma Ata om hälsa för alla år 2000 (126).

För att sjuksköterskan skall kunna möta patienternas behov av omvårdnad borde hennes roll i vården vara professionell och tydlig för såväl patienter som anhöriga och annan vårdpersonal. I motsats till flera andra professionella grupper inom vården har sjuksköterskorna att utgå från en patients totala individuella och allmänmänskliga behov snarare än från en viss bestämd aspekt av en särskild sjukdom. Sjuksköterskans roll innebär att vara generalist i sin yrkesutövning. Hon är ofta patientens ombudsman i sjukvården genom den överblick över vårdsituationen som hon skaffar sig och genom sin möjlighet att se det större sammanhang som patienterna befinner sig i.

Inledningsvis framhölls att svenska sjuksköterskor haft liten systematiskt uppbyggd kunskap om omvårdnad att grunda sin dagliga verksamhet på. Förhållandevis litet intresse har inriktats på detta i jämförelse med exempelvis läkares eller psykologers verksamhet. Sjuksköterskornas bidrag i hälso- och sjukvården, deras arbetsmetoder och resultatet av olika åtgärder är därför viktiga att studera. Detta gäller i hög grad för omvårdnad med inriktning mot de speciella förutsättningar och behov som finns inom vissa åldersgrupper. Denna brist har bland annat medfört att sjuksköterskor och övrig personal haft liten tillgång till väl utprovade metoder och hjälpmedel för omvårdnadsarbetet bland äldre människor.

1.3 DE ÄLDRE SOM KONSUMENTER AV VÅRD

De vårdbehövande som vårdpersonal möter i sin yrkesutövning befinner sig i olika åldrar. Sjuklighet och vårdbehov är vanligt i samband med åldrandet. Vårdutnyttjandet är relativt högt i början av livet men minskar under barn- och ungdomsåren för att därefter kontinuerligt stiga och vara högst bland de äldsta åldersgrupperna. Av tabell 1 framgår fördelningen av de olika åldersgruppernas konsumtion av slutna sjukvård. Tabellen har sammanställts på grundval av primäruppgifter hämtade ur en av Landstingsförbundet gjord sammanställning år 1984 (106).

Vid förskjutningar i ålderssammansättningen med ökning av den äldre populationen förändras det totala behovet av vård i ett samhälle. De äldres hälsa och behov av sjukvård har därför uppmärksamats i ökande utsträckning internationellt och nationellt. Det beskrivs exempelvis i en redogörelse för äldre människors villkor i 16 länder i samband med en WHO-konferens i Wien år 1982 om åldrandet (156). Olika försök att förbättra vårdbehövande äldre människors situation har genomförts i många länder. I ytterligare en WHO-rapport konstaterades dock att sådana åtgärder som vidtagits för att bemöta de äldres speciella behov av hälso- och sjukvård sällan blivit utvärderade i en tillfredsställande utsträckning (174).

I Sverige, liksom i många andra delar av världen, beräknas andelen äldre öka, vilket får konsekvenser för sjukvårdens innehåll, planering och utvärdering. De äldre patienternas medicinska behandling och omvårdnad är redan nu en påtaglig realitet för det praktiska vårdarbetet inom de flesta vårdspecialiteter och på olika vårdnivåer (112).

Drygt två tredjedelar av alla vårddagar i den slutna sjukvården konsumeras av personer som är 65 år och däröver. En person i åldern 65-74 år utnyttjar dubbelt så mycket slutna akutsjukvård som genomsnittet för alla åldersgrupper, medan en person 85 år eller mer utnyttjar fem gånger så mycket slutna akutsjukvård som genomsnittet av befolkningen (162). I en studie framkom att andelen kvinnor i Uppsala län i 80-årsåldern som under ett visst år varit intagna i den slutna somatiska korttidsvården var tre gånger så stor som andelen intagna kvinnor i 20-årsåldern. Motsvarande andel för männen var sex gånger så stor (63).

Inom den öppna vården är kontakt med t ex distriktssköterskor vanligare bland människor 65 år och däröver. En undersökning visade att omkring 13 procent av alla i åldrarna 65 - 84 år under en tremånadersperiod hade haft kontakt med en distriktssköterska mot fem procent i åldrarna därunder. Totalt hade under samma period ungefär 60 procent av den studerade äldre gruppen använt sig av

TABELL 1 Konsumtion av slutna sjukvård i Sverige efter ålder och vårdform år 1982

Ålder, år	Procentuell fördelning av befolk- ningen	Procentuell fördelning av vård dagar			
		Korttids- sjukvård	Långtids- sjukvård	Psykiatrisk sjukvård	All slutna sjukvård
0-14	18,7	5,8	0,1	1,1	2,0
15-24	13,9	5,9	0,1	4,2	2,8
25-44	28,6	15,6	0,9	17,7	9,1
45-64	22,1	20,9	5,1	23,4	13,9
65-74	9,9	22,0	14,7	22,0	18,5
75-84	5,5	22,1	42,0	23,6	31,9
85-	1,3	7,5	37,2	7,9	21,7
Totalt	100	100	100	100	100
Andel (%)		28,7	47,5	23,8	100

den slutna eller öppna vården (31). I en undersökning av äldres utnyttjande av service och vård i en kommun under en niomånersperiod framkom att 34 procent av dem som var 65 år och äldre antingen fått hembesök av distriktssköterska (alternativt undersköterska) eller själva besökt distriktssköterskemottagningen (176). Distriktssköterskornas kontakter med äldre kan förväntas öka på grund av kortare vårdtider inom den slutna sjukvården och den ändrade filosofin inom sjukvården mot ökad sjukvård i hemmet.

I Sverige bor omkring tio procent av de äldre inom vårdgivande institutioner men detta kommer förmodligen att minska i takt med hemsjukvårdens utbyggnad. Redan idag bor 85 procent av de äldre i sin vanliga bostad och de resterande fem procenten bor i lägenhet med tillgång till någon form av service (199). Kvinnor 65 år och äldre är i större utsträckning ensamboende (61 procent) än män (34 procent) i samma åldersgrupp (166).

Åldrandet är gemensamt för mänskligheten men samtidigt unikt för varje enskild människa. Inom sjukvården måste därför en individuell bedömning och planering göras för att kunna möta varje patients behov av medicinsk behandling och omvårdnad.

I en studie i England av äldre patienters omvårdnad på sjukhus påvisades hos sjuksköterskor och övrig vårdpersonal otillräckliga kunskaper om åldrandeprocessen samt brister i omvårdnadsrutiner, vilka bidrog till patienternas ökade vårdberoende. Dessutom visades att en systematisk bedömning av den individuella patientens behov av omvårdnad inte skedde som underlag för de olika insatser som gjordes (189). Burnside konstaterade också att trots att de äldre är den åldersgrupp som konsumerar mest sjukvård, har omvårdnadens företrädare varit långsamma att på allvar intressera sig för de praktiska konsekvenserna av detta förhållande (18).

En förklaring till detta skulle kunna vara attityderna till äldre. Flera internationella undersökningar har också pekat på negativa och stereotypa attityder till äldre bland sjukvårdspersonal (17,21,54). Dessutom visar några undersökningar att utbildningen i gerontologi och geriatrik med inriktning mot omvårdnad haft brister vad beträffar innehåll och planering (14,147,178).

Den avgränsning av studerade patienter som gjordes i föreliggande arbete till 65 år och däröver skedde mot bakgrund av den stora andel av sjukvårdskonsumtionen som denna grupp svarar för. Litteraturen utomlands hade också pekat på att omvårdnad av äldre inte har prioriterats bland sjuksköterskor i praktisk verksamhet eller inom vårdutbildning i tillräcklig utsträckning.

1.4 NÅGRA UTGÅNGSPUNKTER FÖR ARBETET

I det här arbetet avsågs att studera kontinuitet i ett speciellt sammanhang, nämligen omvårdnaden. Begreppet omvårdnad kan emellertid uppfattas på olika sätt. Någon allmänt accepterad definition finns inte inom svensk sjukvård. Därför behöver tolkningen diskuteras och preciseras så att den kan vara praktiskt användbar för såväl sjukvårdspersonal, administratörer och politiker som vid utbildning och forskning inom området.

Även begrepp och termer för att ge uttryck för omvårdnad är förhållandevis litet utvecklade i Sverige. Teorier inom omvårdnad finns inte heller beskrivna. I några andra länder, framförallt i USA och Storbritannien, har forskning inom omvårdnad etablerats tidigare än hos oss. Där har även ett antal teoretiska modeller för omvårdnad kommit att utvecklas. Det är därför vid studier av omvårdnad naturligt att knyta an till sådana för att ingå som en del av den teoretiska referensramen.

En sådan referensram syftar till att ge en förenklad bild av verkligheten inom ett visst område. Den bör därigenom ge struktur och vägledning i såväl praktiskt arbete som forskning. Fyra olika

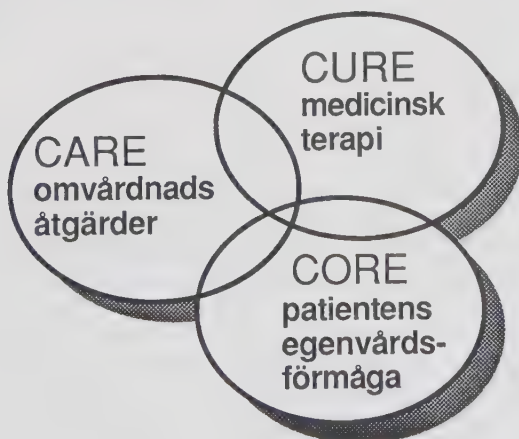
utgångspunkter har här använts. De utgångspunkter som tagits innefattar tre modeller utvecklade av omvårdnadsforskare och en definition.

1.4.1 Hälso- och sjukvårdens komponenter

Den första utgångspunkten är en modell presenterad av Hall (67,68,70). I denna illustreras komponenterna i vården som tre överlappande cirklar i enlighet med figur 2. De tre komponenterna är patienten själv och dennes egen förmåga att uppnå optimal hälsa (core), den medicinska terapin (cure) samt omvårdnaden i vid bemärkelse (care).

När patienternas tillstånd och behov av hjälp förändras, ändras också relationen mellan de tre komponenterna. Vid akut sjukdom kan behovet av den medicinska vården dominera medan vid långtidssjukvård behovet av omvårdnad kan vara förhållandevis större. Vid utskrivningen från akutsjukvård kan, vid sidan av fortsatt medicinsk behandling och omvårdnad, patientens egna resurser vara mest betydelsefulla för att upprätthålla maximal hälsa. Omvårdnad är således en del av vårdsystemet, medicinen en annan – båda nära relaterade till varandra. Patienten ses också som en del av samma system.

Omvårdnaden är sjuksköterskans ansvarsområde betonar Hall. Sjuksköterskan har även en roll inom den medicinska vården och deltar i den genom att hjälpa patienten och även dennes familj



Figur 2: Vårdens tre komponenter enligt Hall

igenom olika medicinska diagnos- och behandlingsformer.

Betoningen av individualisering och patientens medbestämmande och integritet är starkt accentuerad i Halls modell. Den överensstämmer därigenom också med den svenska hälso- och sjukvårdslagen och kommentarerna till denna (33,90). Där återfinns som nyckelbegrepp patientens självbestämmande och integritet.

Inom hälso- och sjukvården har den dominerande komponenten kommit att utgöras av den medicinska vården, vilken motsvaras av begreppet cure i Halls modell. Det har medfört att sjuksköterskor inte alltid varit klara över sin egen grundläggande roll i omvårdnadsarbetet genom att omvårdnadskomponenten blivit mindre tydlig som bas för den egna verksamheten.

1.4.2 Omvårdnad

Den andra utgångspunkten är definitionen av begreppet omvårdnad. Program för omvårdnadsforskning vid Uppsala universitet utarbetade en beskrivning av omvårdnad och omvårdnadsforskning (191). Den har senare även använts och kompletterats av medicinska forskningsrådets (MFR) arbetsgrupp för metodfrågor (173) och fick då följande lydelse:

Omvårdnad innebär att tillgodose allmänmänskliga och personliga behov och därvid tillvarata individens egna resurser för att bevara eller återvinna optimal hälsa liksom att tillgodose behov av vård i livets slutskede. Omvårdnad sammanfaller delvis med och utgör ett komplement till medicinsk vård, beaktande såväl psykiska som sociala och kulturella aspekter.

Omvårdnadsforskning studerar denna process, den situation och den miljö där omvårdnad ges, de hjälpmedel som används, omvårdnadens resultat samt relationerna och samspelet mellan personal, patienter och deras anhöriga. Till omvårdnadsforskning kan också räknas vårdarbetets organisation och utbildning inom omvårdnad.

MFR:s arbetsgrupp beskrev dessutom omvårdnad dels i **vid bemärkelse**, dels i **inskränkt bemärkelse** (direkt). I det här arbetet valdes en avgränsning till den senare innebörden. I fortsättningen kommer beteckningen **direkt** att användas. Denna avgränsning motsvarar också det engelska begreppet "nursing". Under ämnes-

rubriken nursing återfinns internationell vetenskaplig litteratur inom omvårdnadsområdet.

MFR:s arbetsgrupp framhöll att omvårdnad i direkt bemärkelse innebär aktiv hjälp eller hjälp till självhjälp med aktiviteter som en person på grund av livsfas, social situation, skada, sjukdom eller medicinsk behandling inte själv kan utföra – men som denne vid normalt tillstånd själv förväntas klara – samt överföring till patienten av kunskaper eller färdigheter som han/hon inte redan har. Beskrivningen är således individinriktad och omfattar sjuksköterskornas direkta utövande och ansvar för den praktiska omvårdnaden.

När det gäller omvårdnad i vid bemärkelse har sjuksköterskorna ett delat ansvar med andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården (123) samt med patienten och dennas anhöriga. Man har påpekat att även andra professioner ger sitt bidrag till omvårdnaden. Det är en uppfattning som Westrin (192) argumenterat för och som också överensstämmer med definitionen för omvårdnad i vid mening från MFR:s arbetsgrupp. Det synsättet har också beröring med de engelska begreppen care, core och cure i Halls modell.

1.4.3 Omvårdnadsprocessen

Den tredje utgångspunkten är omvårdnadsprocessen som betecknar en grundläggande struktur för praktiskt omvårdnadsarbete med patienter. Den utgör en tillämpning av problemlösningsprocessen på omvårdnadsarbete. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) består omvårdnadsprocessen av bedömning av omvårdnadsbehov, planering och prioritering av åtgärder, genomförande och utvärdering (134). Orem (136) och Gordon (58) med flera anger ytterligare ett steg som avslutning på bedömningsfasen, nämligen omvårdnadsdiagnos. Yura och Walsh (196) definierar ordet process som

an act in moving forward, or progressing from one point to another on the way to completion of a goal, it is a continuous movement through a succession of developmental stages; it is the method by which something is produced or accomplished or a specific result is attained; it is an act that continues or progresses.

Omvårdnadsprocessen beskriver samma författare på följande sätt

The nursing process is an orderly, systematic manner of determining the client's problems, making plans to

solve them, initiating the plan or assigning others to implement it and evaluating the extent to which the plan was effective in resolving the problems identified.

Med detta synsätt är omvårdnad en systematisk verksamhet inriktad mot en patient samt utgör en process som är kontinuerlig och framtidskridande mot ett visst resultat för den enskilda patienten. Det innebär att när behov av omvårdnad identifierats är kontinuiteten ett medel att tillgodose omvårdnad tills avsett resultat föreligger.

1.4.4 Orems modell för omvårdnad

Den fjärde utgångspunkten är Orems modell för omvårdnad (136). Hon har i sitt arbete kring analys av omvårdnadsprocessen utvecklat en begreppsapparat som grund för omvårdnad och bedömningen av omvårdnadsbehov hos en patient. Denna illustreras översiktligt i figur 3.

Omvårdnad (nursing) innebär enligt Orem direkt assistans och stöd åt en person som av hälsoskäl inte kan tillgodose de behov som föreligger för att tillgodose sin egenvård. Egenvård (self-care) definieras som de åtgärder en individ initierar och genomför i syfte att upprätthålla livsfunktioner, hälsa och välbefinnande. Orems definition och arbetsgruppens vid MFR beskrivning av omvårdnad i direkt bemärkelse visar således stor överensstämmelse.

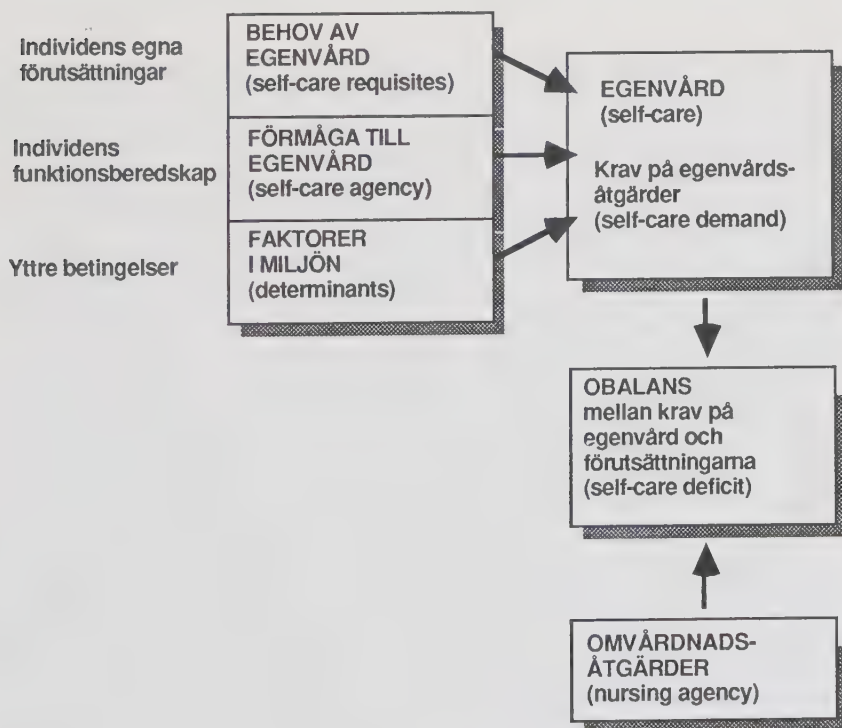
Samtliga kända krav på åtgärder (self-care demand) för en adekvat egenvård måste tydliggöras vid omvårdnad. Modellen utgår från att alla människor normalt har en förmåga att ombesörja de nödvändiga åtgärderna. Detta förutsätter dock att en balans finns mellan förmågan till egenvård (self-care agency) och de behov som finns av sådan (self-care requisites) samt de betingelser (determinants) som förekommer.

I samband med sjukdom måste patienternas behov av hjälp med egenvården fastställas. När det finns en obalans mellan en persons förmåga och möjlighet att tillgodose sin egenvård och de krav på åtgärder som föreligger (self-care deficits) behövs någon form av assistans. Målet för omvårdnaden är enligt Orem att en balans skall finnas mellan behovet av hjälp med egenvården och den hjälp som ges. De olika åtgärder som sjuksköterskor vidtar (nursing agency) avspeglar deras förmåga att ge adekvat omvårdnad.

Orem betonar att den professionella omvårdnaden kommer att utgå från de attityder och den teoretiska kunskap (nursing ability)

som sjuksköterskan (nurse agent) besitter. En sjuksköterskas attityder till och kunskap om de kulturella, psykiska och fysiska förutsättningar som en patient har för att själv tillgodose egenvården blir således avgörande för resultatet.

Omvårdnaden måste grundas på en mycket god kännedom om de speciella individuella egenvårdsbehov som föreligger. Dessa indelar Orem i tre olika kategorier. Den första är de allmänna egenvårdsbehoven (universal self-care requisites), vilka innefattar de grundläggande behov som finns för att en människa skall kunna leva. Sådana behov är tillgång på luft, näring och vätska och möjlighet till uttömning. Ytterligare behov är social samvaro, enskildhet och vila samt skydd mot skador. Den andra kategorin hänför sig till behov relaterade till olika utvecklingsstadier under livet (developmental self-care requisites) såsom exempelvis spädbarns-ålder, medelålder eller ålderdom. Den tredje kategorin är hälsorelaterade behov. Dessa uppstår vid skada, sjukdom, handikapp och



Figur 3: Orem's modell för omvårdnad

funktionsnedsättning (health-deviation self-care requisites).

De omvårdnadsåtgärder som vidtas har av Orem kategoriserats i tre olika hjälpsystem (nursing systems), nämligen:

- **Helt kompensatoriska omvårdnadsåtgärder.** Patienten kompenseras för bristande egenvårdsförmåga i något eller flera avseenden där sjuksköterskan eller dennas medhjälpare övertar ansvaret totalt.
- **Delvis kompensatoriska omvårdnadsåtgärder.** Såväl patientens egna som sjuksköterskans eller dennas medarbetares åtgärder behövs för att tillgodose patientens egenvård. Graden av medverkan varierar med de rådande begränsningarna i patientens aktuella fysiska och psykiska egenvårdsförmåga.
- **Stödjande eller utbildande omvårdnadsåtgärder.** Sjuksköterskan ger råd eller undervisning eller psykologiskt stöd i hälsofrämjande syfte.

Vidare anvisas fem olika sätt att tillgå för att ge hjälp (helping methods). Dessa är 1) stöd (fysiskt eller psykiskt), 2) vägledning eller information, 3) utbildning, 4) anordnande av en adekvat miljö, samt 5) att utföra något åt patienten för att nå ett visst mål.

Inom omvårdnadsområdet har Orem's modell tillämpats vid kliniskt arbete. Exempel på detta är diabetesvård, hjärtsjukvård, njursjukvård och vården av äldre (2,9,59,71). Modellen har även använts som utgångspunkt vid forskningsprojekt i USA och Skandinavien (34,114,122). I en internationell förteckning över omvårdnadsforskare anges Orem's modell som den nu mest använda referensramen vid studier inom området (40).

Grundläggande i Orem's modell är således människors förmåga att tillgodose sin egenvård. Egenvård är ju ett begrepp som används i fler bemärkelser än den som Orem givit det. I en skrift från landstingsförbundet relaterades egenvård till en nivåstruktur där den första nivån utgjordes av egenvårdsnivån. Därefter kom primärvårds-, länssjukvårds- och regionssjukvårdsnivåerna (42).

Tibblin (177) har beskrivit egenvård som relaterad till den enskilda människans olika åtgärder på egen hand i förebyggande, diagnostiska och behandlande syften. Frånsett Orem's utvidgning av begreppet egenvård i relation till omvårdnad är den grundläggande utgångspunkten i överensstämmelse med Tibblins beskrivning.

En utvidgning till andra människors insatser i egenvården gjordes av Tengvald (172). Bland annat framhöll hon lekmannainsatser av olika slag såsom exempelvis patientföreningarna. Tengvald anknöt även begreppet omvårdnad till egenvården men utan en närmare beskrivning av innebörden.

Egenvård är således ett ord som kommit att användas i olika bemärkelser. Gemensamt är dock att det avser människors förmåga att klara omsorgen om sig själv. Orem har beskrivit egenvård i relation till omvårdnad i professionell mening och klargjort att omvårdnadsinsatser är befogade när förmågan att sköta egenvården av olika skäl sviktar. Ansvaret för olika hjälpåtgärder kan givetvis delas av andra yrkesgrupper, lekmän eller anhöriga beroende på den aktuella situationen.

När sjuksköterskors insatser tas i anspråk är deras huvudsakliga uppgift i förhållande till patienterna att understödja balansen mellan egenvårdsbehov och krav på egenvård. Det sker då i relation till upprätthållande av liv eller hälsa, tillfrisknande från sjukdom och skada eller anpassning till sådana tillstånd. I samband med olika stadier i mänsklig utveckling såsom exempelvis födelse eller död, assisterar sjuksköterskor individerna för att tillgodose deras behov av egenvård.

1.5 OMVÅRDNADSFORSKNING

Det här kortfattade avsnittet bör ses i perspektivet att söka sätta in de studier som gjorts i det läge som omvårdnadsforskning befinner sig i.

En allt större del av sjuksköterskekåren och lärare inom olika vårdutbildningar efterfrågar en systematisk kunskapsuppbyggnad inom omvårdnaden som ett komplement till den tidigare på tradition och erfarenhet uppbyggda yrkeskunskapen. Det görs för att bland annat med hjälp av sådan kunskap kunna möta samhällets krav på en god praktisk omvårdnad av patienter. Den omvårdnadsforskning som sedan slutet av 1970-talet bedrivits i Sverige är dock ett forskningsfält som ännu inte helt har funnit sin form.

Inom varje profession finns ett behov av att söka kunskap om de förutsättningar som råder för yrkesutövningen och de problem man där har att möta och söka lösningar på. Det finns behov av att kunna arbeta utgående från såväl beskrivande som förutsäggande teorier. Först relativt nyligen har ett intresse för principer och teoretiska referensramar, vilka kan vägleda omvårdnadsarbetet och förklara dess resultat, börjat utvecklas i Sverige (5).

Det går att finna en metodologisk hierarki inom de "nya" och de "gamla" vetenskaperna, vilket beror på vilka frågor som kan ställas. Kuhn har studerat vetenskaplig utveckling (111). Enligt honom förekommer tre olika stadier i vetenskaplig utveckling av ett område. Dessa är ett förvetenskapligt stadium då rådande teorier, synsätt och världsbild är oklara och motsägelsefulla. Först vid näs-

ta stadium har ett paradigm utvecklats och normalvetenskapen är en självklarhet. Vid det tredje stadiet bryter nya banor och tanke-mönster igenom inom vetenskapen. Det kommer att leda till valet av nya metoder och teorier samt så småningom en förändring av forskningstraditionen. Vid tillämpning av Kuhns synsätt skulle om-vårdnaden nu befinna sig i ett förvetenskapligt stadium.

Hur kan omvårdnaden studeras och hur väljs en tillförlitlig me-tod? Eftersom omvårdnad som kunskapsområde befinner sig i ett stadium av uppbyggnad beträffande såväl innehåll som forsknings-metoder och traditioner, är det lätt att en undersökning styrs av andra etablerade discipliners vetenskapliga arbetsmetoder. Detta kan innebära risk för att intressanta fenomen i omvårdnaden inte passar in i redan etablerade discipliners vetenskapliga metoder. Den motsatta faran finns också, nämligen att metodkunskap från andra discipliner inte tillvaratas av omvårdnadsforskare.

Omvårdnadsforskning är i huvudsak en tillämpad vetenskap och metoderna måste givetvis anpassas till vad som är möjligt att stu-dera. En reduktionistisk ansats i enlighet med den ideala veten-skapliga modellen från fysiken är svår på grund av att omvårdnad utgör ett dynamiskt, mänskligt verksamhetsfält där verklighetens praktiska och etiska förutsättningar styr och begränsar valet av metoder.

De typer av studier som man kan välja utgår från kvantitativa eller kvalitativa tillvägagångssätt. Genom kvantitativa metoder ges möjlighet att välja ett urval där statistiska bearbetningar och jäm-förelser kan göras. Detta sker ofta i experiment där förutsättningen är att någon form av manipulation kan genomföras systematiskt och med precision. Kvalitativa metoder innebär vanligen ett mindre urval och en deskriptiv bearbetning av informationen. Fallstudier är en sådan metod. Yin (1995) framhåller att fördelen med fallstudier är att en sådan strategi ger möjlighet att framhålla en holistisk bild och meningsfyllda karaktäristika av verkliga händelser i människors liv. Vidare framhåller han att vid forskning där man inte kan mani-pulera de relevanta beteenden som påverkar olika händelser är nå-gon form av fallstudier att föredra.

När hypoteser eller frågeställningar formulerats måste valet av metod göras. Det problem det gäller kan därför antingen komma att studeras i djup och detalj eller utifrån en bredare angrepps-punkt i syfte att nå överblick eller formulera nya frågor och initiera fortsatt forskning. Den senare ansatsen tillämpades i det här arbe-tet.

De urvalsstrategier som väljs blir således olika beroende på syftet med studien och de frågor som man söker svar på. Någon form av urval måste dock ske. Genom randomisering från en po-pulation kan generalisering ske med ökad säkerhet och vid ett

målinriktat urval av få studieobjekt kan förståelse och insikt erhållas. Valet av metod innebär följaktligen ofta ett val mellan bristande representativitet hos de kvalitativa ansatserna där orsak och verkan inte kan anges och bristande förklaringsförmåga hos de kvantitativa. Det innebär följaktligen att ett vetenskapligt val slutligen styr projektets uppläggning.

Det bästa sättet vore att belysa ett forskningsbart omvårdnadsproblem på ett sådant vis att samtliga urvalsprinciper för datainsamling användes. Detta är vad Denzin (35,36) kallat för triangulering och framhållit som den ideala formen för insamlande av vetenskaplig kunskap inom samhällsvetenskapliga ämnesområden. Han konstaterade dock att av ekonomiska, tidsmässiga och praktiska skäl är det vanligen svårt att genomföra triangulering men att olika forskningsansatser bör prövas när något problem skall studeras.

Vid övervägande av den princip som triangulering innebär blev det uppenbart att förutsättningarna för detta inte fanns i föreliggande arbete. Dock har olika metodstrategier valts.

Jacox (94) skiljer mellan vetenskap som process och vetenskap som produkt. Hon anser att i en vetenskaplig process inriktad mot att erålla valid och reliabel kunskap om orsak och verkan måste olika nivåer på frågeställningar särskiljas. Fyra sådana nivåer har av Diers (39) beskrivits som nödvändiga vid studier av problem inom omvårdnadsområdet, nämligen 1) vad är detta (omvårdnad)? 2) vad händer här (i omvårdnad)? 3) vad händer om....? 4) hur kan ett visst resultat uppnås (inom omvårdnaden)?

De av Diers beskrivna första tre nivåerna motsvarar de mer allmänt vedertagna nivåerna i forskningsarbete, nämligen deskription, förklaring och förutsägelse. Den fjärde nivån anser Diers vara nödvändig vid forskning inom yrkesinriktade områden. Denna nivå utgår från de klargjorda målen för en viss praktisk situation och de föreskrivna åtgärderna för att uppnå målen, vilket sedan testas empiriskt.

Inom omvårdnad, med dess unga vetenskapliga tradition, finns ett behov av att börja med att söka svar på de av Diers beskrivna första två frågorna även om de två senare har en högre dignitet i den vetenskapliga processen. En beskrivning av verkligheten kan sedan ge uppslag till frågor och hypoteser kring orsak och verkan som ett led i en stegvis utveckling.

Det här aktuella arbetet är ett exempel på omvårdnadsforskning. Det innebär att de studier som kommer att redogöras för ger sitt bidrag till kunskapen om omvårdnaden av äldre patienter samt att det sker i ett sammanhang där sådan kunskapsutveckling befinner sig i sin början.

2. Kortfattad presentation av arbetet

I det här kapitlet presenteras syftet med arbetet och de frågeställningar som ställdes inom ramen för de studier som kom att genomföras. Dessutom ges en översikt av de kapitel som följer.

2.1 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Avsikten med arbetet har varit

- att belysa omvårdnadsproblem hos äldre människor i behov av sjukvård
- att undersöka hur kontinuiteten i omvårdnaden tillgodoses mellan olika vårdnivåer
- att utveckla ett hjälpmedel för sjuksköterskor att dokumentera och kommunicera behov av omvårdnad hos äldre
- att undersöka vilka attityderna till äldre är hos sjuksköterskor och blivande sjuksköterskor.

Som ett led i att nå syftet formulerades följande frågeställningar vilkas bakgrund kommer att utvecklas i det kapitel som följer närmast efter detta:

1. Har äldre patienter mött problem i samband med utskrivning från somatisk korttidsvård till det egna hemmet och, om problem funnits, i vilken utsträckning berör dessa omvårdnad?
2. Vilken information rörande en patients omvårdnad har överförts från vårdavdelningen till distriktssköterskan i patientens sjukvårdsdistrikt och hur har detta skett?
3. Ger ett systematiskt och strukturerat informationssystem mer information om omvårdnaden än ett ostrukturerat?
4. I vilken utsträckning råder överensstämmelse mellan olika sjuksköterskors bedömning av patientens behov av omvårdnad?
5. Vilka är attityderna till äldre bland blivande sjuksköterskor och sjuksköterskor?

I samband med de olika undersökningarna har dessa frågeställningar ytterligare kommit att preciseras i kapitlen 6 och 7.

2.2 ARBETETS UPPLÄGGNING

I kapitel 3 **Kontinuitet i omvårdnad – en problemsökande studie** ges således bakgrunden till de studier som gjorts. Där presenteras en problemsökande intervjuundersökning som genomfördes med syftet att finna problem genererade från praktiskt verksamma sjuksköterskor. Kriterierna för den avgränsning som gjordes inför detta arbete redovisas avslutningsvis i kapitlet.

Valet innebar att undersöka kommunikationen mellan sluten och öppen vård i samband med äldre patienters utskrivning från akut-sjukhus som ett led i studier av vårdens kontinuitet. Det blev även intressant att undersöka attityderna till äldre eftersom dessa kan förmodas ligga till grund för vilken tonvikt som sjuksköterskorna kommer att ge omvårdnaden av äldre patienter.

Fyra olika studier har genomförts utifrån de frågor som den problemsökande studien gav upphov till och de omfattar två separata delar i arbetet. Den första delen behandlar kontinuiteten i äldre patienters omvårdnad vid övergången mellan två olika vårdnivåer, sluten vård och öppen vård. Den andra delen är inriktad på attityderna till äldre bland sjuksköterskor och blivande sjuksköterskor.

Arbetets uppläggning har godkänts av medicinska fakultetens forskningsetiska kommitté i de delar som omfattat patienter. Materialet insamlades under åren 1982–1986.

I kapitel 4 presenteras den första studien **Äldre patienters utskrivning från akutsjukhus**. Syftet var att belysa situationen för äldre patienter vid utskrivning från akut somatisk sjukhusvård till hemmet, hur behov av omvårdnad tydliggjorts samt hur kontinuiteten i patientens omvårdnad kommit till uttryck i sjuksköterskornas verksamhet. Det var således de två först ställda frågorna som man sökte besvara.

Undersökningen omfattade ett konsekutivt urval av 100 patienter som utskrivits till det egna hemmet samt distriktssköterskor verksamma inom respektive patients sjukvårdsdistrikt. I en bilaga presenteras några exempel på kommentarer som patienterna gjorde och dessutom redovisas åtta patientfall som illustration på patientsituationer ur några olika aspekter.

Den andra studien presenteras i kapitel 5 och innebar ett försök med **Utskrivningsmeddelande från sjukhus till distriktssköterskor**. Den genomfördes för att besvara den tredje frågeställningen

- om ett systematiskt och strukturerat informationssystem ger mer information om omvårdnad i samband med utskrivning än ett ostrukturerat.

Undersökningen gjordes som en jämförande studie. I likhet med den föregående baserades den på ett konsekutivt urval av patienter utskrivna från akut somatisk sjukhusvård. En fråga som där aktualiserades var i hur hög grad olika sjuksköterskors bedömning överensstämde med varandra och den ledde därför till nästa studie.

I kapitel 6 beskrivs denna under rubriken **Överensstämmelsen i sjuksköterskors bedömning av patienters omvårdnadsbehov**. Studien syftade till att undersöka överensstämmelsen mellan olika sjuksköterskors tolkning av innehållet i utskrivningsmeddelanden och i vilken utsträckning överensstämmelse förelåg mellan sjuksköterskors i sluten vård och distriktssköterskors bedömning av patienters behov av omvårdnad i samband med utskrivning från akutsjukvård till hemmet.

Två separata undersökningar gjordes. Dels jämfördes författarens egen tolkning av de utskrivningsmeddelanden som låg till grund för föregående studie med två andra erfarna sjuksköterskors. Dels följdes 32 till hemmet utskrivna patienter upp av distriktssköterskor inom ett sjukvårdsdistrikt. Deras bedömning jämfördes med de utskrivningsmeddelanden som hade sänts från sjuksköterskorna i den slutna vården.

Den sista undersökningen gjordes med ett annat tema än de tidigare och gäller **Attityder till äldre bland sjuksköterskor och sjuksköterskestuderande**. I den studerades attityderna till äldre inom sjuksköterskegruppen och den redovisas i kapitel 7. Urvalet bestod av sjuksköterskestuderande, legitimerade sjuksköterskor och aktiva distriktssköterskor. Studien utgick från uppfattningen att attitydbegreppet är flerdimensionellt och består av olika komponenter, nämligen en kunskapskomponent, en känslomässig komponent och en handlingsmässig komponent.

De ovan nämnda undersökningarna representerar både en deskriptiv och en experimentell forskningsansats. De data som erhöles analyserades med kvalitativa och kvantitativa metoder. Materialet sammanställdes och kategoriserades manuellt samt med hjälp av persondator (IBM PC XT) och ett interaktivt programsystem för statistisk och epidemiologisk dataanalys (QUEST) (62). De data som erhöles i studien av attityder till äldre registrerades vid Uppsala datacentral och analyserades med hjälp av statistikprogrammen SAS och SPSS (150,133).

I två avslutande kapitel, kapitlen 8 och 9, diskuteras resultaten som framkom från studierna. Några förslag till praktiska åtgärder och fortsatt forskning ges avslutningsvis.

3. Kontinuitet i omvårdnad – en problemsökande studie

3.1 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Den studie som här kommer att presenteras gjordes för att finna forskningsbara frågor i den praktiska omvårdnaden av patienter med inriktning mot kontinuitet (116,117). Den stora andelen äldre sjukvårdskonsumenter gjorde att en avgränsning skedde till denna grupp av patienter. Den utbyggnad av primärvården som inletts i Sverige gjorde det naturligt att utgå från primärvårdens perspektiv. Distriktssköterskor har en nära kontakt med äldre och sjuka inom sitt distrikt och därmed ingående erfarenhet av patienternas sociala, fysiska och psykiska situation. Deras erfarenhet inventerades på grundval av följande frågor:

1. Vilka omvårdnadsproblem upplever distriktssköterskor som mest betydelsefulla när det gäller de äldre patienternas situation?
2. Är kontinuitet i äldre människors omvårdnad och behandling ett problem?
3. Vilka rutiner finns för att garantera kontinuitet i omvårdnad och behandling?

3.2 MATERIAL OCH METOD

Studien genomfördes år 1982 som en intervjuundersökning inom ett primärvårdsdistrikt med 12 distriktssköterskemottagningar. Dattainsamlingen skedde i form av en halvstrukturerad intervju med befattningshavare på varje mottagning under tre på varandra följande veckor. Intervjuerna genomfördes med 12 av de 18 anställda distriktssköterskorna. De som ej intervjuades tjänstgjorde inte på grund av ledighet för studier, semester eller sjukskrivning.

Intervjuerna gjordes av författaren och skedde på respektive distriktssköterskemottagning. Direkt efter genomförd intervju dikterades intervjusvaren in på diktafon. Efter utskrift återsändes frågor och svar till de intervjuade för att ge möjlighet till korrigerings eller modifiering av de utskrivna svaren. Härfter skedde sortering av

svaren i tre kategorier: problem beträffande omvårdnad, kontinuitet eller arbetsrutiner.

3.3 RESULTAT

3.3.1 Omvårdnadsproblem

Den första frågan löd:

- Vilka omvårdnadsproblem upplever Du som mest betydelsefulla när det gäller de äldre patienternas situation?

Alla intervjuade trodde att för de äldre själva dominerade svårigheter som hade karaktär av ensamhets- och kontaktproblem. De flesta trodde också att äldre i behov av omvårdnad mest oroar sig för och även har svårigheter att klara sig under nätterna. Problem, som mer än hälften av de intervjuade också angav, var äldres rädsla att vara till besvär för anhöriga eller vårdpersonal samt rädsla för att dö ensamma i hemmet.

De intervjuade distriktssköterskornas egna erfarenheter av omvårdnadsproblem bland äldre var samstämmiga beträffande tre områden:

1. Hygieniska problem beroende på minskad rörlighet och inkontinens
2. Problem med att hantera eller lära sig använda hjälpmedel
3. Ökad tidsåtgång för aktiviteter av alla slag

Distriktssköterskorna kunde eller ville inte rangordna eller gradera förekomsten av andra problem som man dock gav exempel på. Samtliga uttryckte på olika sätt att det är kombinationen av fysiska, psykiska och sociala förhållanden som är avgörande för om problem uppstår för patienten.

Samtliga intervjuade distriktssköterskor hade av äldre patienter fått ta del av deras erfarenheter av omvårdnad. Exempelen på vad äldre patienter framfört gällde vården på sjukhus såsom att de varit hungriga, ej själva kunnat ta eller fått ordinerad medicin, förkomna tandproteser, ständiga väntetider, brådskan bland personal och känslor av otrygghet. Ytterligare sådana synpunkter var att vårdpersonalens råd och information varit motsägelsefulla samt att vårdpersonal inte haft tid att lyssna. De nämnda är en rad faktorer

som påverkat patienternas möjlighet att få sin egenvård tillgodosedd under sjukhusvistelse. De utgör också exempel på samtliga tre kategorier för egenvårdsbehov i enlighet med Orems modell där brister upplevts; de allmänna egenvårdsbehoven, de till normala utvecklingsstadier relaterade behoven samt de hälsorelaterade behoven.

Däremot angav ingen av de intervjuade distriktssköterskorna att de hade hört patienter framföra några synpunkter på primärvården med anknytning till omvårdnad.

Intervjuerna visade att det fanns stora svårigheter att närmare beskriva och redovisa statistik för de omvårdnadsproblem man möter och åtgärdar. Däremot redovisades medicinska behandlingsåtgärder stringent. Intrycket var att ett "språk för omvårdnaden" tycktes saknas och att den medicinska modellen dominerade i redovisningshänseende.

3.3.2 Kontinuitet i omvårdnaden

Den andra frågan löd:

- Är kontinuitet i äldre människors vård och behandling ett problem?

Ingen av de intervjuade kunde ange någon närmare beskrivning av åtgärder för att uppnå kontinuitet eller förekomsten av en muntligt eller skriftligt uttalad policy för att åstadkomma sådan inom omvårdnaden. Däremot framkom allmänna synpunkter. De omfattade organisationsaspekter, relationsaspekter, innehållsaspekter och tidsaspekter med avseende på kontinuitetsbegreppet. De synpunkter som framkom sammanfattades med hjälp av dessa punkter.

Organisationsaspekten

De flesta intervjuade ansåg att överföring av information om vården i praktiken ofta fungerade mycket dåligt, t ex mellan sluten vård och primärvård, och att detta inverkar på vårdens kvalitet på ett negativt sätt. Alla intervjuade sade att kontinuiteten i olika omvårdnads- och rehabiliteringsåtgärder brister mycket. Åtta av de 12 intervjuade angav att det var ett problem att fredagar var en så vanlig utskrivningsdag. Många gånger fanns då inte i den utskrivnes hem hjälp eller hjälpmedel att tillgå under veckoslutet och ett slags fredagssyndrom kunde uppstå för vissa patienter.

Samtliga uttryckte önskemål om att akutsjukhusen skulle utveckla ett ansvar för att meddelanden om äldre patienters behov

av fortsatt omvårdnad skulle nå distriktssköterskorna i anslutning till att patienten skrivs ut.

Inom primärvården ansåg distriktssköterskorna att kontaktformerna däremot var tillfredsställande genom den personkännedom som fanns och genom vårdkonferenser och telefonsamtal med övrig personal inom primärvården.

Relationsaspekten

Flertalet ansåg att det var svårt att få en helhetsbild av en äldre sjuk människas situation på grund av att många olika personalkategorier kan vara inblandade i vården. Ju fler personer som blir inblandade i vården desto svårare blir det att sörja för kontinuiteten och helheten för den enskilda patienten poängterade nio av de 12 intervjupersonerna.

Flertalet uttryckte önskemål om att endast några få bland vårdpersonalen (2-3 personer) borde utveckla en nära kontakt med äldre patienter. Övriga borde ha en rådgivande funktion i relation till den personal som ansvarar för sådan kontakt. Kända ansikten ansågs vara väsentligt för framförallt äldre patienter.

Innehållsaspekten

Mer än två tredjedelar av de intervjuade angav att de kontakter som patienter utskrivna till hemmet får med en distriktssköterska oftast initierades av patienten själv och då rörde suturtagning, sårvård eller liknande. Detta förhållande ingav flertalet en osäkerhet om huruvida alla patienter i behov av omvårdnadsåtgärder verkligen kom att få adekvat hjälp.

Uppföljning beträffande ADL-träning inledd på sjukhus fullföljs sällan på ett systematiskt sätt genom att vidtagna åtgärder, resultat och planerad fortsättning inte meddelades distriktssköterskorna skriftligt. En sjukhuskurator eller sjuksköterska tog ibland telefonkontakt med hemvårdsassistent (numera hemtjänstassistent) eller distriktssköterska. Kurator kunde då förmedla information om omvårdnad indirekt eller direkt till den berörda distriktssköterskan.

Ingen av de intervjuade distriktssköterskorna förde vid tidpunkten för intervjun systematiskt skriftliga anteckningar om omvårdnadsbehov, planering och prioritering av åtgärder samt resultat. Bekymmer framfördes från några över att det lätt kan bli olika avbrott i åtgärderna i framför allt ett längre perspektiv. Sådana avbrott kan vara svåra att överblicka och bli kännbara för äldre och sköra människor.

Övriga synpunkter som framkom från några var att praktisk erfarenhet och teoretisk kunskap ansågs som avgörande för att omvårdnadsbehov som inte är direkt uppenbara skall uppfattas. En distriktssköterska framhölls ha förutsättningar för detta därför att

han/hon dessutom har möjlighet att utveckla personlig kännedom om patienterna samt de omvårdnadsåtgärder som gjorts eller planeras.

Tidsaspekten

Samtliga intervjuade gav svar med innebörden att kontinuitet innebär samverkan som tar tid att växa fram. De ansåg vidare att de vårdorganisatoriska förhållandena ofta gjorde det svårt att få en bra bild av patienternas situation på grund av korta tidsperioder i patientkontakterna. Distriktssköterskor ansågs dock ha bättre förutsättningar i detta hänseende än de flesta andra yrkesgrupperna i sjukvården.

Övriga synpunkter

Utöver det som redogjorts för i det föregående framhölls synpunkter på kontinuitet ur en mer övergripande bemärkelse än relaterad till de äldre patienterna. De kan sammanfattas i följande punkter:

- Alltför många läkare är i regel involverade i den medicinska behandlingen.
- På sjukhus har oftast alltför mycket personal kontakt med patienten. Vården blir därför splittrad och opersonlig. Omvårdnadspersonal är oftast anonym. Läkare är däremot oftast kända för patienterna.
- Många patienter upplever sig som kollin som skickas omkring mellan olika instanser för vård av olika slag.
- Organisationen är huvudsakligen utformad så att "patienten ger service åt vården" i stället för tvärtom.
- Patienten deltar sällan i beslut om sig själv.

3.3.3 Rutiner

Den tredje frågan löd:

- Vilka rutiner finns för att garantera kontinuitet i omvårdnad och behandling?

Patientdokumentation

Patientkort fanns endast för de patienter som haft läkarordination om kontroll eller behandling. Telefonkontakter, enstaka besök på mottagning utan läkarordination samt hembesök hade ej registrerats annat än i undantagsfall. Flertalet intervjuade uppskattade att patienter med läkarordination utgjorde betydligt mindre än hälften av deras verksamhet. Dessa bokfördes alltid. Några hade positiva erfarenheter av att föra egna minnesanteckningar.

Vårdprogram

Ingen av de intervjuade kände till eller använde sig av något allmänt vårdprogram för det praktiska arbetet med äldre, såsom finns exempel på i mödra- och barnhälsovården. Ett par intervjuade uttryckte rädsla för pappersexercis och en framhöll att distriktssköterskans informella arbetssätt var en tillgång i fråga om improvisation, lättillgänglighet och flexibla lösningar.

Hälften av de intervjuade var mycket positiva till att vårda sjuka i hemmet i en ökad utsträckning. Förutsättningen var dock att sjukvårdsmaterial för omvårdnads- och behandlingsåtgärder fanns tillgänglig i samband med patienters hemkomst från sjukhus och att sjukhusplats kan beredas om och när detta behövs.

Kontakt mellan den slutna och öppna vården

Samtliga uppgav att meddelande om äldre patienters utskrivning från sjukhus kom mycket sporadiskt och då i regel från läkare, sjuksköterska eller kurator. De uttryckte på olika sätt att de ofta inte hade kännedom om att en äldre person som varit deras patient hade lagts in för vård på akutsjukhus och därefter skrivits ut till hemmet igen. Ingen visste vilka patienter inom primärvårdsdistriktet som utskrivits från sjukhus under föregående månad.

De blanketter som fanns för meddelanden från sjukhus till distriktssköterska uppgavs användas i mycket liten utsträckning och avsåg då i regel ej omvårdnad utan medicinsk ordination som distriktssköterska skulle utföra. Kommunikation mellan sjuksköterskor i slutna vård och distriktssköterskorna skedde oftast genom muntlig kontakt men inte i tillräcklig utsträckning, vilket ibland medfört negativa konsekvenser för patienter som skrivits ut. Att sådan kommunikation måste ske och förbättras underströk alla som blev intervjuade.

Samtliga intervjuade angav att någon statistik beträffande omvårdnadsåtgärder inte förts annat än inom den förebyggande barnvården. Åldersfördelningen bland patienter som blivit föremål för åtgärder kunde följaktligen inte anges. Därmed gick det heller ej att få uppgift om antalet patienter 65 år och däröver som fått hjälp under en viss period.

3.3.4 Förslag till förbättrad patientvård

Vid intervjuerna framkom flera förslag till åtgärder för att förbättra patientvården. Dessa kan sammanfattas i följande punkter:

1. Överblick över den totala vården måste underlättas genom personalfortbildning, där arbetsbyte mellan personal i sluten och öppen vård föreslogs som en möjlighet.
2. Kommunikationsformer och rapporteringssystem mellan sluten och öppen vård angående omvårdnadsbehov bör utvecklas och finna praktiskt användbara former.
3. Större flexibilitet behövs i vårdorganisationen för att akuta problem lättare skall kunna åtgärdas. Särskilda vårdplatser bör finnas inom långtidsvården för att tillgodose behov av tillfällig avlastning för hemsjukvården.

3.4 SLUTSATSER

Den rika erfarenhet som distriktssköterskornas praktiska arbete givit dem innebär att en rad problem angavs. De var dock begränsade till de frågor som legat till grund för intervjuerna. Med en annan uppläggning av intervjuerna skulle andra problemområden säkerligen kunnat tillkomma.

Undersökningen visade bland annat att de intervjuade ansåg att det förelegat brister i kommunikation och planering mellan olika vårdnivåer och att systematisk, individuell bedömning av omvårdnadsbehov ej var vanlig beträffande äldre. Dokumentation av omvårdnadsarbetet i primärvården hade skett i mycket liten utsträckning vad beträffar omvårdnadsåtgärder och därmed var resultat och omfattning svåra att tydliggöra vid intervjutillfällena.

Omvårdnaden visade sig vara svår att redovisa i samband med intervjun, vilket kan förklaras av att de intervjuade sällan eller aldrig hade tillfrågats om sådana uppgifter. Den övergripande slutsatsen av den problemsökande studien var att innehållet i patienters vård inte systematiskt överförs från sluten vård till öppen vård - eller omvänt. Diskontinuitet i för en patient viktiga omvårdnadsåtgärder kan därför ibland uppstå och på sjukhus inledda åtgärder inte bli fullföljda. Det medför då att vården kan bli fragmentarisk. Utskrivningsprocessen blir därför ett viktigt moment att studera.

3.5 VAL AV PROBLEM FÖR KOMMANDE STUDIER

Problemen från det praktiska verksamhetsfältet är många och en avgränsning måste göras till någon aspekt. Eftersom flera problemområden angavs av distriktssköterskorna gjordes det slutliga valet med stöd av två kriterier. Det första var att välja det problemområde som de intervjuade oftast återkom till under intervjuerna. Det andra kriteriet var att sjuksköterskor genom egen insats och eget ansvar skulle kunna påverka det som skulle studeras.

Dessa kriterier ledde till att i första hand undersöka kommunikationen mellan sluten och öppen vård i samband med äldre patienters utskrivning med särskild inriktning mot sjuksköterskors kommunikation av patienters behov av omvårdnad.

Mot bakgrunden av att bland annat sjuksköterskors och distriktssköterskors kontakt med äldre kan förväntas öka genom det vårdbehov som finns bland äldre, gjordes dessutom valet att studera attityderna till äldre bland sjuksköterskor. Detta gjordes eftersom attityderna har betydelse för vilken tonvikt som sjuksköterskor lägger på omvårdnaden av äldre.

4. Äldre patienters utskrivning från akutsjukhus

4.1 INLEDNING

Läkare på vårdavdelningar har en press på sig att skriva ut patienter för att kunna ta emot nya. De gör detta främst mot bakgrunden av sin medicinska bedömning. För patienten eller dennes anhöriga kan dock många problem kvarstå och fortsatta medicinska behov eller omvårdnadsbehov finnas vid utskrivningen. Det innebär att patienter som vistas på akutsjukhus inte alltid är kvar på vårdavdelningen tills optimalt tillfrisknande nåtts.

Planering för och kommunikation om patienternas vård är då givetvis av betydelse för hur vården i fortsättningen kommer att utformas. Andra vårdformer kan krävas såsom rehabilitering, långtidssjukvård eller öppen vård. Det senare alternativet blir aktuellt om en patient skrivs hem till sin ordinarie bostad. Därför måste utskrivningen från sjukhus ses som en viktig del i patientens kontinuerliga vård snarare än en enstaka händelse som avslutning på en vårdepisod.

Kontakt med primärvården är emellertid även befogad när en patients vistelse på sjukhus för akutsjukvård avslutas med slutsatsen att behov av vare sig fortsatt medicinsk behandling eller ytterligare omvårdnadsåtgärder föreligger. Det är då betydelsefullt att klargöra att sjukvårdens insatser har slutförts.

Man torde kunna utgå från att det vid akutsjukhusen finns någon form av rutin som omfattar planering för patienternas utskrivning samt även planering i ett något längre tidsperspektiv. En sådan plan är givetvis en förutsättning för att kontinuitet skall kunna uppnås i patientens vård. Rutinen vid förfarandet vid utskrivning kan vara antingen klart uttalad i skrift, ske genom muntlig överenskommelse eller vara underförstådd.

För patienter är det stor skillnad mellan vård på sjukhus, där mycket utförs åt patienten och där många beslut tas av personal, och vård i hemmet efter utskrivningen. Under en sjukhusvistelse kan en patient riskera att under- eller övervärdera sin förmåga att klara sig själv på grund av den assistans han/hon fått eller den särskilt anpassade miljön. Av de skälen måste omvårdnadsbehoven göras tydliga och meddelas till nästa vårdnivå. Alldeles speciellt kan detta vara av vikt när det gäller äldre och sköra människor.

Med hänsyn till patienters rätt till medbestämmande och integritet skall givetvis information till annan vårdnivå ske i samråd med patienten vad gäller såväl form som innehåll. Det innebär en

handling i linje med Halls modell för vård där patienter ses som en del av vårdsystemet. Även Orem's så kallade hjälpmetoder "stöd" samt "vägledning eller information" kan tillämpas praktiskt för att se till att patienternas medverkan i vården grundas på en realistisk insikt om den situation och de möjligheter som föreligger.

Den problemsökande studien indikerade att kommunikationen mellan sluten och öppen vård inte var systematiskt genomförd beträffande omvårdnaden, d v s i kontakten mellan sjuksköterskor på sjukhus och distriktssköterskor. För att undersöka i vilken utsträckning äldre hade mött problem i anslutning till utskrivningen från somatisk korttidsvård till det egna hemmet genomfördes därför en uppföljning av äldre patienter som utskrivits från akutsjukhus (118,119). Vidare studerades vilken information som överförts från vårdavdelningarna till distriktssköterskan.

Utskrivningen från sjukhus till hemmet kan beskrivas ur tre aspekter, vilka är betydelsefulla för patienterna. Dessa är:

- förberedelse av ankomsten hem samt situationen närmast därefter
- kommunikation mellan vårdnivåer av fakta om patientens behov av medicinska, sociala och omvårdande åtgärder
- själva transporten från sjukhus till hemmet

De här tre aspekterna har belysts i den undersökning som redovisas i detta kapitel.

Nyttan av individuellt planerad utskrivning från sjukhus har dokumenterats i olika sammanhang i litteraturen. Problem i samband med utskrivning av äldre från sjukhus till hemmet har uppmärksamats framförallt i Storbritannien och USA.

I Storbritannien inleddes sålunda undersökningar i början på 1970-talet. Skeet redovisade en studie där hon visade att 45 procent av 533 patienter, som efter utskrivning från sjukhus intervjuades i hemmet, ansåg att de saknade hjälp och vägledning med fortsatta behandlingsåtgärder eller omvårdnad (160). Speciellt de i undersökningen ingående äldre personerna visade sig ha haft ej tillgodosedda behov av hjälp. Skeets undersökning hade föregåtts av två andra rapporter som berörde frågor om kontinuiteten i omvårdnaden. I den första påpekades att distriktssköterskorna borde användas som ett alternativ till sjukhusvård och för att medverka till att åstadkomma kontinuitet i patienters vård (78). I den andra studien anslöts en distriktssköterska till ett sjukhus för att planera vårdens fortsättning och en reduktion av den postoperativa sjukhusvårdens omfattning mätt på olika sätt kunde konstateras (79).

I två andra brittiska studier studerades avdelningssköterskors förberedelse av patienternas utskrivning samt deras behov av omvårdnad efter utskrivningen. Resultatet visade att endast liten tid sattes av till planering av utskrivning och att många patienter hade flera ej åtgärdade problem (148). Kommunikationen mellan sjukhus och primärvård studerades av Parnell som visade på brister i form av dålig kommunikation mellan olika professionella vårdgivare (139).

I slutet av 1970-talet kom speciellt de äldre patienternas utskrivning från sjukhus till hemmet att uppmärksammas och då framför allt genom det s k Continuing Care Project. Där redovisades bland annat att 39 procent av de närstående, som huvudsakligen hjälpte den utskrivna patienten, själva var gamla och sköra och att 9 procent av dessa hade lagts in på sjukhus inom fyra veckor efter hemkomsten av den person de försökt hjälpa. Vidare hade 49 procent av patienterna varit i behov av hjälp med den personliga hygien men 17 procent hade inte haft tillgång till någon sådan hjälp (4).

Genom dessa studier uppmärksammades i Storbritannien utskrivningsprocessen som en väsentlig del av vården för att uppnå kontinuitet. Samtliga studier drog slutsatsen att alltför liten tonvikt givits åt förhållandena i samband med patienternas utskrivning.

Utskrivningen från akutsjukvården har också i USA uppmärksammats från olika utgångspunkter såsom med avseende på rutiner och policyfrågor eller som administrativt planeringsunderlag för slutenvård.

I mitten av 1970-talet genomförde McGuire en litteraturstudie över utskrivning från sjukhus (127). Den visade att debattartiklar förekommit i stor utsträckning. Slutsatsen drogs att i USA hade utvecklingen av innehållet i och utformningen av utskrivning från sjukhus just påbörjats samt att detta var nödvändigt för att fortsatt optimalt tillfrisknande efter sjukhusvistelse skulle uppnås. En ökad medvetenhet om utskrivningen som ett viktigt inslag i vården ledde till att en rad policyprogram utvecklades angående sjukhusens uppgift vid utskrivning och företrädare för omvårdnaden tog aktiv del i detta arbete (72).

Rutinerna för utskrivning från sjukhus har kommit att inbegripas i amerikanska kvalitetskriterier för utvärdering av vård (quality assurance program). En surveyundersökning om kvaliteten i vården visade att sjuksköterskorna på fem akutsjukhus ansåg att flertalet av deras patienter behöver ha en strukturerad och noggrant planerad information före utskrivningen för att fortsätta vissa åtgärder. Samtidigt visade studien att mycket liten tid avsattes åt utskrivningsförberedelser (20). Walkon visade att sjukhuspersonal även inom psykiatrisk vård, inklusive läkare, tillbringar mycket liten tid med att förbereda patienter för deras utskrivning (187).

I en översikt av kvalitet och kvalitetskriterier i omvårdnaden drogs slutsatsen att blivande sjuksköterskor måste få mer undervisning och erfarenhet av utskrivningsplanering om önskade resultat skulle uppnås (38). I en annan undersökning utvärderades patienters utskrivning från sjukhus och man fann att patienternas behov inte hade tillgodosetts beträffande fortsatt omvårdnad och medicinsk behandling (152).

I vårt land har utskrivningsprocessen inte uppmärksamats i någon närmare utsträckning i publicerade studier eller i läromedel. Vårdprogram har dock publicerats där samarbetet mellan sluten och öppen vård för patienter med speciell diagnos utvecklats t ex efter höftfraktur (23,24). Primärvårdens kännedom om de terminalt sjuka undersöktes i en studie där slutsatsen var att med tanke på möjliga åtgärder hade det sannolikt i ett längre perspektiv varit bra om patienters sjukhusvistelser i större utsträckning varit kända för primärvården (110).

I ett arbete av Lövgren studerades bland annat 24 äldre patienters besök på en akutmottagning. Efter hemkomsten från detta besök upplevde 42 procent av patienterna oro och osäkerhet beträffande sin sjukdom och sin behandling samt hade frågor kring det dagliga livets aktiviteter (125). Några opublicerade undersökningar med inriktning mot utskrivning av patienter från sjukhus har genomförts inom ramen för överbryggande utbildning (91,76). Man framhåller bland annat att meddelanderutiner till distriktssköterskor behöver förbättras.

I Danmark har nyligen en studie publicerats av Lorensen med beröringspunkter till detta arbete (122). En slutsats är att sjuksköterskor behöver mer kunskap och bättre struktur vid observation och dokumentation av äldre människors behov av egenvård under sjukhusvistelse och efter utskrivning till hemmet. Även i en svensk undersökning om dokumentationen i omvårdnaden på vårdavdelningar framkom detta (175).

4.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien var att belysa situationen för patienter som utskrivits till hemmet, hur deras omvårdnadsbehov tydliggjorts och hur kontinuiteten i den fortsatta omvårdnaden tillgodosetts. Studien sökte svar på följande frågor:

- Hur upplevde äldre sin situation i samband med utskrivning från sjukhus och omedelbart därefter?

- Hur upplevde äldre kontinuiteten i omvårdnaden vid byte av vårdnivå?
- Vilka utskrivningsrutiner förekom och i vilken utsträckning tog de sikte på att uppnå kontinuiteten i omvårdnaden?

4.3 MATERIAL OCH METOD

Urvalet bestod av 100 personer, 65 år och äldre, som vårdats på akutsjukhus och skrivits ut till det egna hemmet samt distriktssköterskorna inom de berörda patienternas distrikt (n=33). Vidare ingick de sex sjuksköterskor som var avdelningsföreståndare på de avdelningar där de utskrivna patienterna vårdades.

Uppgifter om utskrivning av äldre patienter till det egna hemmet insamlades under närmare sex månader från fyra medicinska och två ortopedkirurgiska vårdavdelningar. Samtliga patienter fick under den tid projektet pågick ett brev vid utskrivningen från vårdavdelningen. I brevet upplystes om att en kontakt skulle komma att tas några dagar efter utskrivningen i form av antingen en förfrågan om intervju i hemmet eller en postenkät.

Avdelningsföreståndarna och avdelningssekreterarna var medvetna om att vissa av patienterna skulle komma att kontaktas efter hemkomsten. Enkäten gjordes för att maskera för avdelningspersonalen vilka patienter som skulle bli föremål för intervju. Resultatet av den har presenterats i ett annat sammanhang (81). Avdelningens personal visste således inte vilka patienter som skulle bli föremål för intervjuer eller vad dessa skulle inriktas på.

Femtio konsekutivt utskrivna patienter bosatta i en landsortskommun och 50 bosatta i en stadskommun intervjuades. Två personer ville vid den inledande telefonkontakten ej ställa upp för intervju och dessa ersattes därför med den patient som skrevs ut närmast därefter. Varje intervju skedde under direkt målsättning att inte ske under tidspress och tog från en och en halv till två timmar. I undersökningen kom 75 patienter från medicinavdelningarna och 25 från ortopedavdelningarna att ingå, därav 51 män och 49 kvinnor. Ett par frågor dubblerades och ställdes vid olika tillfällen i intervjun för att kontrollera tillförlitligheten i svarsuppgifterna.

Patientintervjuerna kompletterades dels med en intervju med distriktssköterska i det distrikt som patienten tillhörde, dels med genomgång av patientens journal. Därvid studerades speciellt det av sjuksköterskor förda patientrapportbladet. Även andra aspekter noterades såsom veckodag för utskrivningen, epikrisens utformning, förekomsten av anteckningar om insatser från arbetsterapeut, kurator och sjukgymnast.

Orems modell för omvårdnad användes som utgångspunkt vid intervjuerna och diskussion av resultaten.

Drygt en månad innan patientmaterialet började insamlas inventerades utskrivningsförfarandet vid de aktuella vårdavdelningarna genom samtal med avdelningsföreståndarna. Dessa ombads att redogöra dels för vilka rutiner som tillämpades, dels för förekomsten av eventuella skriftliga riktlinjer och informationsmaterial.

Berörda klinikchefer, klinikföreståndare och avdelningsföreståndare hade givit sitt tillstånd till studien. Varje avdelningssekreterare tillfrågades om hon var beredd att medverka, eftersom registrering av till hemmet utskrivna patienter medförde en viss ökning av arbetsbördan. Alla de tillfrågade sekreterarna var villiga att medverka.

Patientintervjuerna och intervjuerna med distriktssköterskorna skedde med ledning av ett frågeformulär med både bundna och öppna svarsalternativ. Beträffande patientens förmåga att tillgodose aktiviteter i det dagliga livet (ADL) användes Katz' ADL-index.

Katz' ADL-index utvecklades i USA under 1950-talet för att studera behandlingsresultat och prognos hos äldre sjuka (98). Det ger ett grovt mått på hur självständigt en person kan klara det dagliga livets aktiviteter. Indexet har rekommenderats som sammanfattande mått på fysisk funktionsförmåga i metodöversikter av ADL-index (16,97). Det har även nyligen prövats och redovisats i ett svenskt arbete (86). De aktiviteter som ingår är badning (som inbegriper även tvättning vid tvättställ), av- och påklädning, toalettbesök, förflyttning inomhus, inkontinens samt födointag. De olika aktiviteterna uppfattas bilda en hierarki och ADL-status beskrivs enligt följande:

- A Oberoende vid samtliga aktiviteter
- B Oberoende vid alla utom en aktivitet
- C Oberoende utom vid badning och ytterligare en aktivitet
- D Oberoende utom vid badning, på- och avklädning och ytterligare en aktivitet
- E Oberoende utom vid badning, på- och avklädning, toalettbesök och ytterligare en aktivitet
- F Oberoende utom vid badning, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning och ytterligare en aktivitet
- G Beroende vid samtliga sex aktiviteter

Ö Beroende vid minst två aktiviteter men ej klassificerade
som C, D, E eller F

De intervjuade fick svara på frågor med vars hjälp ADL-situationen före och efter sjukhusvistelsen skattades. Katz' index kompletterades med frågor om förflyttning utomhus i enlighet med samma bedömningsskala som gäller för de övriga variablerna.

Databearbetningen skedde beträffande de kvantitativa data med persondator och de kvalitativa manuellt genom kategorisering och beskrivning. Ett antal fall har utvalts för att illustrera patienters situationer annat än i siffror och dessa redovisas i bilaga 1.

4.4 RESULTAT

4.4.1 Utskrivningsrutiner

Alla de sex intervjuade avdelningsföreståndarna betonade att planering av patienters utskrivning var en viktig uppgift i vården. Vid intervjuerna framkom att många olika personalkategorier har någon funktion vid utskrivning, nämligen avdelningssekreterare, läkare, undersköterska, sjukvårdsbiträde och sjuksköterska. I vissa fall tillkommer kurator och arbetsterapeut. Patienterna eller deras anhöriga nämndes inte spontant av någon, men som svar på en följdfråga betraktades det som självklart av de intervjuade att dessa också har en viktig roll.

Det framkom att sjuksköterskorna såg som sin funktion vid utskrivningen att bevaka att patienternas problem uppmärksammades, medan läkare skrev remisser och gav ordinationer samt ansvarade för epikrisen. För bedömningen av omvårdnadsbehovet fanns ingen systematisk metod eller kontinuerlig uppföljning. Dokumentation skedde i kardex, vilket är ett system för fortlöpande anteckningar över patienternas vård förda av sjuksköterskor. Dessa betraktas inte som journalhandling och bevaras inte. Däremot gjordes vissa anteckningar på patientrapportbladet som inkluderas i patientjournalen.

På alla avdelningarna fanns en blankett för utskrivningsmeddelande till distriktssköterska. Denna kallas i fortsättningen för "befintlig blankett" (bilaga 2:1). Som framgår av bilagan finns olika utföranden men innehållet är likartat. Vid en av vårdavdelningarna hade man konstruerat en egen utskrivningsblankett där några hållpunkter fanns angivna. Ingen av de befintliga blanketterna omfattade ett särskilt avsnitt för omvårdnadsaspekter men sådana kunde givetvis noteras under "övrigt".

Kuratorer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter gjorde anteckningar på särskilda rapportblad. Eventuella utskrivningsmeddelanden eller muntliga kontakter förmedlades direkt av dem till berörda inom primärvården såsom hemtjänstassistent eller distriktssköterska.

Någon formulerad policy, klar arbetsfördelning eller checklista för utskrivningar kunde inte presenteras av någon intervjuad sjuksköterska. Det framgick att alla sex såg läkaren som den person som skulle ansvara för patienternas utskrivning. En slags outtalad praxis förelåg emellertid. Den innebar att sjuksköterskorna tog egna initiativ till kontakter och åtgärder. Alla tyckte att patienterna var delaktiga i beslut kring sin utskrivning men några framhöll att tids- och platsbrist på vårdavdelningen var problem i sammanhanget. Äldre patients beroendeställning kunde ibland medföra svårigheter vid deras medverkan i planeringen av utskrivning från vårdavdelningen. En av sjuksköterskorna angav att eventuell anhörig alltid borde vara med vid äldre patients utskrivning.

Sjuksköterskorna upplevde att de fick ta hand om "allt det andra" som ingen annan, t ex kurator, läkare eller arbetsterapeut gjorde. De gav alla uttryck för att de oftast fungerade som katalysator för övriga professionella insatser i samband med utskrivning.

Samtliga ansåg att samverkan med primärvården var otillfredsställande. Orsaken var svårigheter att nå kontakt. Det var oftast svårt att hålla sig till telefontiderna i primärvården på grund av arbetet på vårdavdelningen. Alla angav att de önskade en mer utvecklad kontakt med och återkoppling från distriktssköterskorna.

Systemet med ett skriftligt utskrivningsmeddelande till distriktssköterska användes sällan och endast om patienten hade något behov av speciell behandling. I övrigt togs kontakt per telefon med hemtjänstassistent eller distriktssköterska bara om någon ansåg det vara nödvändigt.

Bristen på återkoppling av hur det gått för vissa patienter upplevdes som otillfredsställande och tre av sjuksköterskorna angav att de ofta kände oro för hur det gått för någon patient.

Sammanfattningsvis kan sägas att intervjuerna visade att någon systematisk bedömning inte var vanlig inför en utskrivning beträffande äldre patients förmåga till egenvård och deras hjälpbehov. Det fanns en ambition hos de intervjuade sjuksköterskorna på de sex vårdavdelningarna att förbereda en patients utskrivning väl men tidsbrist medförde att resultaten inte alltid blev bra. Kontakten med andra inom arbetsteamet skedde genom muntlig information och omvårdnadsåtgärderna dokumenterades inte alltid inför en utskrivning. Fyra av de intervjuade ställde sig positiva till någon form av omvårdnadsepikris, medan två var tveksamma till detta. Båda angav tidsbrist som främsta orsak.

För alla de intervjuade var det svårt att ge konkreta exempel på hur begreppet kontinuitet hade omsatts i handlingar. De menade att kontinuiteten i vården framförallt tillgodosågs genom återintagning till samma vårdavdelning om patienter behövde tas in på nytt.

Samtliga intervjuade angav personalrörlighet som ett problem när det gällde att uppnå kontinuitet i omvårdnadsarbetet. Detta hade dock inte hindrat att på de avdelningar där vårdlag införts, dessa vårdlag bytte salar enligt ett visst system för att vårdpersonalens arbetsuppgifter skulle växla. Några ytterligare exempel på aktiviteter för att uppnå kontinuitet i omvårdnadsarbetet kunde ej anges av någon.

4.4.2 De intervjuade patienterna

Den äldsta personen från landsbygds kommunen var 90 år och från stadskommunen 92 år. Medelåldern i patienturvalet var för männen 76,0 år och för kvinnorna 76,4 år. Av tabell 2 framgår åldersfördelningen efter kliniktyp och hemort.

Två tredjedelar av samtliga intervjuade levde i hushåll för två personer. Av de 50 patienterna från landsbygds kommunen var 3 av de 27 männen och 6 av de 23 kvinnorna ensamboende. I stadskommunen var ensamboende vanligare. Där bodde 15 av de 26 kvinnorna ensamma och nio av de 24 männen. Endast två personer levde i hushåll där ett vuxet barn ingick, varav ett var utvecklingsstört. Bland de intervjuade personerna var alltså antalet ensamboende nära tre gånger så stort i stadskommunen som i landsbygds kommunen och kvinnorna var i majoritet bland dessa. Det kan konstateras att bland de ogifta samt änkor/änklingar var inte någon av männen sammanboende medan en femtedel av kvinnorna i denna kategori levde tillsammans med en annan person.

Trettiosju av de intervjuade hade vårdats på sjukhus mindre än en vecka. Medelvårdtiden för ortopedklinikens patienter var 15,0 dagar och för medicinkliniken 7,5 dagar. Av de 76 personer som tidigare varit intagna för vård på respektive klinik hade 82 procent återkommit till samma avdelning som tidigare.

De båda frågor som upprepades under intervjun besvarades något olika endast av två intervjuade personer på vardera en av frågorna. Det innebär att benägenheten att ge tillförlitliga svar bedömdes som tillfredsställande för alla de intervjuade.

De problem som patienterna rapporterade att de hade upplevt vid utskrivningen från sjukhuset eller tiden i nära anslutning till denna samlade sig kring tre huvudfrågor. Dessa var hemfärden,

TABELL 2 De intervjuade personerna efter hemortskommun, ålder och kliniktyp

Kommuntyp och ålder, år	Ortoped-klinik	Medicin-klinik	Totalt
Landsbygd			
65-74	5	15	20
75-84	6	17	23
85-	-	7	7
Totalt	11	39	50
Stad			
65-74	5	8	13
75-84	7	22	29
85-	2	6	8
Totalt	14	36	50
Hela materialet			
65-74	10	23	33
75-84	13	39	52
85-	2	13	15
Totalt	25	75	100

information om detaljer i den fortsatta vården och känslor av ensamhet eller beroende. I bilaga 1 ges exempel på olika kommentarer som gavs i samband med intervjuerna.

4.4.3 Utskrivning och hemfärd

Nära hälften av de intervjuade patienterna beskrev att de haft någon form av svårighet i samband med utskrivningen eller resan hem. Förekomsten av problem i samband med utskrivning och hemfärd presenteras i tabell 3. Journalgenomgången visade att i tre fall var dessa av samma karaktär som de som hade berörts i patientjournalbladet från sjukhusvistelsen.

TABELL 3 Förekomst av problem i samband med utskrivning och hemfärd enligt de intervjuade patienterna efter hem- ortskommun och kliniktyp

Kommuntyp och problemförekomst	Ortoped- klinik	Medicin- klinik	Totalt
Landsbygd			
Ja	6	19	25
Nej	5	20	25
Stad			
Ja	7	14	21
Nej	7	22	29
Hela materialet	25	75	100

I sex patientrapportblad fanns någon anteckning om själva utskrivningen. I dessa förelåg endast notering att utskrivning till hemmet skulle ske. Ingen av anteckningarna berörde omvårdnadsens eventuella fortsatta innehåll. Det förekom inte någon anteckning som direkt kunde hänföras till någon av Orems tre kategorier för omvårdnadsåtgärder, d v s helt kompensatoriska, delvis kompensatoriska eller stödjande/pedagogiska åtgärder. De kommentarer som fanns var "hem i morgon", "diskuterat utskrivning", "skall gå hem", "färdig att gå hem", "utskr.", "hem".

De svårigheter i samband med hemfärden som oftast nämndes var problem omedelbart efter hemkomsten och uttröttnings vid hemfärden. Några hade haft mycket svårt att ta sig in i sin bostad genom att trappor måste forceras med hjälp av gammal make/ maka som ej orkat ge tillräckligt stöd. Tolv av de 100 intervjuade formulerade beskrivningen av hemfärden som något av en pärs för antingen patienten själv eller för en anhörig, vanligen make eller maka. Dessa tolv illustreras av två patientberättelser i bilaga 1 (Fall 1 och 2).

Tjugo procent av de intervjuade från ortopedkliniken (5 personer), sade att utskrivningen kommit oväntat för dem. Motsvarande procentsiffra var 29 för medicinkliniken (22 personer). Av de femtio patienterna från landsbygdskommunen tyckte närmare hälften (23 personer) att utskrivningen inte varit planerad i tillräckligt god tid. Motsvarande inställning hade nästan lika många från stadskommunen (22 personer).

TABELL 4 De intervjuade patienterna efter tid för förvarning om utskrivning från sjukhuset och kliniktyp

Förvarningstid	Ortoped- klinik	Medicin- klinik	Totalt
0 (samma dag)	3	18	21
1 dag	5	34	39
2 dagar	11	21	32
3 dagar	1	1	2
Minst 4 dagar	5	1	6
Totalt	25	75	100

TABELL 5 De intervjuade patienterna efter veckodag för utskrivning och kliniktyp

Veckodag	Ortoped- klinik	Medicin- klinik	Totalt
Måndag	10	12	22
Tisdag	6	13	19
Onsdag	2	21	23
Torsdag	3	6	9
Fredag	3	23	26
Lördag	—	—	—
Söndag	1	—	1
Totalt	25	75	100

Tabell 4 visar hur många dagar innan utskrivningen patienterna sade sig ha fått besked om detta samt tabell 5 vilka veckodagar utskrivningen skett. Måndagar var den vanligaste utskrivningsdagen för patienterna från ortopedkliniken, medan fredagar var vanligast på medicinkliniken.

4.4.4 Information om vården

Sextioåtta av de intervjuade tyckte inte att avdelningspersonalen satte sig in i detaljer om hur det skulle gå för dem att klara sig efter utskrivningen. Av patientrapportbladen framgick heller inte detta i något fall. Av de 67 personer som var sammanboende sade endast fyra att den sammanboende fått någon information från sjukhusets vårdpersonal. Detta innebär att av dem som sammanbott med den utskrivna patienten hade majoriteten inte fått, eller inte uppfattat, att någon information om den fortsatta vården givits. I bilaga 1 presenteras ytterligare ett par fall för att belysa detta (Fall 3 och 4).

Vid intervjuerna gjordes en skattning av patienternas aktuella ADL-status enligt Katz' index. Som framgår av tabell 6 var 47 personer vid utskrivningen beroende av att få någon form av hjälp från annan person. Av de 100 patienterna hade 62 någon form av hjälpbehov om förflyttning utomhus dessutom läggs till.

Nio av patienterna var beroende av hjälp med samtliga sex aktiviteter i Katz' ADL-index, d v s grad G. Inte i någon patientjournal från sjukhusvistelsen framgick detta förhållande. Arton av ortopedklinikens 25 patienter uppgav att deras ADL-index var sämre än före inskrivningen och för medicinklinikens patienter gällde detta för 16 av 75.

Vid intervjuerna i patienternas hem visade det sig att nära hälften (43 personer) hade någon form av ADL-hjälpmedel. Samtliga patienter var nöjda med dessa. Tre personer hade önskemål om att få hjälpmedel. Av dem som hade hjälpmedel uppgav inte någon att de fått instruktion om hur dessa skulle användas eller hur länge. I patientjournalerna fanns inte några anteckningar som angav hur man planerat att hjälpmedlen skulle användas. "Sjukhuset och se'n distriktssköterskan har skaffat detta", sade en patient om sin rollator och sin toalettstolsförhöjning, "sedan har ingen kontrollerat hur det har gått, men jag har så ont i mina leder i händerna att jag inte har nytta av rollatorn och toalettstolsförhöjningen går det bättre utan". Detta är ett exempel på att behov av en stödjande/utbildande omvårdnadsåtgärd enligt Orems klassificering inte uppmärksammats och åtgärdats.

Medan informationen om detaljer i vården hade upplevts som mindre bra var kunskapen om den egna sjukdomsdiagnosen god. Endast fyra intervjuade uppgav felaktig diagnos för vården på sjukhuset och 17 hade en delvis korrekt beskrivning. De återstående 79 patienterna hade vid intervjun uppgivit diagnos som vid journalgenomgången visade sig vara korrekt.

De intervjuade upplevde en osäkerhet om vart eller till vem de skulle vända sig med praktiska frågor kring omvårdnaden. När det

TABELL 6 De intervjuade personernas hjälpbehov efter utskrivningen enligt Katz

Variabler	ADL-status enligt Katz			Totalt
	A	B-C	D-G,Ö	
Ålder				
65-74	19	8	6	33
75-84	26	13	13	52
85-	8	4	3	15
Kön				
Män	27	12	12	51
Kvinnor	26	13	10	49
Kommuntyp				
Landsbygd	30	12	8	50
Stad	23	14	13	50
Kliniktyp				
Ortopedi	6	10	9	25
Medicin	47	15	13	75
Totalt	53	25	22	100

gällde rena behandlingsåtgärder verkade detta vara ett mindre problem och alla patienterna i landsbygdskommunen angav distriktsläkare eller distriktssköterska som den de kunde vända sig till. Av de patienter som bodde i stadskommunen kunde inte 14 uppge vart de skulle kunna vända sig annat än till sjukhusets akutmottagning.

Skulle någon av de intervjuade vilja kontakta sin tidigare vårdavdelning för någon upplysning om vården var osäkerheten än mer uttalad. Sexton patienter kunde inte uppge avdelningens rätta namn. Endast sju patienter kände till namnet på avdelningsföreståndaren vid den avdelning där de vårdats. Åtta av de intervjuade angav dock namn på en annan sjuksköterska som de haft kontakt med under sjukhusvistelsen. Eftersom tre personer kunde ange både namnet på avdelningsföreståndaren och en annan sjuksköterska innebar det att endast 12 procent av samtliga intervjuade kunde kontakta en namngiven sjuksköterska (tabell 7). Det skulle

TABELL 7 De utskrivna patienternas kännedom om namn på läkare och sjuksköterska vid den vårdavdelning där de vårdats efter ålder

Ålder, år	Andelen (%) som kunde ange namn på		Andelen (%) som ej kunde ange något namn
	Läkare	Sjuksköterska	
65-74 (n=33)	61	27	27
75-84 (n=52)	71	4	27
85- (n=15)	53	7	40
Samtliga (n=100)	65	12	29

dock förmodligen ändå medföra svårigheter att nå sjuksköterskan för sex av dessa personer. De kunde nämligen inte uppge namnet på den vårdavdelning de vistats på. Sextiofem personer kunde däremot ange korrekt namn på någon läkare de mött under sjukhusvistelsen, men ofta med tillägget att det varit flera olika läkare.

4.4.5 **Känslor av ensamhet och beroende**

Av de 100 patienterna tyckte 66 att det gått bra att komma hem och att de inte kände sig ensamma, vilket däremot 34 personer gjorde. Två fall ur den senare gruppen, Fall 5 och 6 i bilaga 1, belyser känslor av ensamhet eller beroende. Av dessa 34 personer återfanns 29 i gruppen ensamboende. Fyra blev mycket nedstämda när frågan togs upp och började gråta. Gemensamt för dem var att de inte haft kontakt med någon vårdpersonal sedan utskrivningen, att de var beroende av någon annan person för att förflytta sig utomhus samt att de kände oro för hur det skulle gå för dem. Ingen av dem tyckte heller de hade någon att tala med som visste hur de egentligen hade det. Som intervjuare bedömde jag att de var i stort behov av stöd som de inte hade tillgång till.

4.4.6 Kontinuitet

För de 38 patienter som hade haft hemsamarithjälp före sjukhusvistelsen hade denna fungerat även efter utskrivningen för alla utom två. I dessa fall kom ingen på avtalad tid. I ett par fall hade en hemsamarit kontaktat distriktssköterskan för hjälp då det gällde medicinering. Två av de intervjuade hade kateter à demeure (KAD). Blåstråning hade inte skett sedan de lämnat sjukhuset. Vikten av blåstråning tycktes okänd för patienterna. Oremis kategori för stödjande/utbildande omvårdnad är här tillämplig men sådan hade inte givits eller i varje fall inte med önskad effekt. Huruvida blåstråning inletts på sjukhuset gav patientrapportbladet inte någon upplysning om. I båda fallen hade distriktssköterskan fått meddelande från sjukhuset att kateterbyte skulle ske om ungefär ett par veckor.

Fall 7 och 8 i bilaga 1 illustrerar vad mer än hälften av de intervjuade (62 procent) gav uttryck för, nämligen dålig kontinuitet i för patienterna väsentliga frågor om den egna vården. "På sjukhuset vet dom inte mycket mer om en än vilken medicin man skall ta. Inte har någon sagt något om hur jag ska sköta mig nu när jag fått pacemaker." Distriktssköterskan visste inte något om denna patients nya situation, trots att de haft regelbunden tidigare kontakt.

Kommentarer liknande de ovan nämnda var mycket vanliga vid intervjuerna och finns med i totalt 76 noteringar från intervjusamtalen. Ytterligare exempel är "katetern togs bort precis innan jag for hem och hemma fick jag ont för jag kunde inte kissa och for in till urologen" samt "för mig verkar det som en enda röra med all personal och nu när jag är utskriven får jag klara mig så gott det går". Vid intervjuerna med distriktssköterskorna framkom att utskrivningsmeddelanden hade nått dem rörande nio av de 100 utskrivna patienterna (tabell 8). I meddelandena fanns inte något annat noterat än rent tekniska åtgärder som "suturer ut" och "byte av KAD". I tabellen redovisas även distriktssköterskornas kännedom om de utskrivna patienterna före sjukhusvistelsen.

Sjuksköterskorna inom den slutna vården uppgav att de i regel kommunicerade med distriktssköterskorna per telefon, när så bedömdes viktigt. De i tabell 8 redovisade nio meddelandena inbegripet två telefonsamtal enligt intervju med respektive patients distriktssköterska.

I patientrapportbladen från sjukhusvistelsen hade inte i något fall omvårdnaden dokumenterats på ett systematiskt sätt utgående från principerna i omvårdnadsprocessen. Ej heller framgick hur utskrivningen hade planerats. Därmed är kontakterna med t ex patienten, anhöriga och annan vårdpersonal "osynliga".

TABELL 8 Distriktssköterskans kännedom om den aktuella sjukhusvistelsen samt tidigare kännedom om patienten efter kommutyp

Patientkännedom	Landsbygd	Stad	Totalt
Distriktssköterskan erhållit meddelande från sjukhuset			
Ja	5	4	9
Nej	45	46	91
Distriktssköterskan erhållit meddelande från patient eller anhörig			
Ja	3	3	6
Nej	47	47	94
Distriktssköterskan kände till patienten före sjukhusvistelsen			
Ja	29	12	41
Nej	21	38	59
Totalt	50	50	100

De noteringar som finns i samband med utskrivningarna återfinns i epikrisen och rör då kontakter med inremitterande läkare i form av att epikriskopia sänts till denna. I två sådana fall nämns distriktssköterska och denna hade i ett fall fått utskrivningsmeddelande i form av en epikriskopia och i ett annat genom ett formulär för distriktssköterska.

4.5 DISKUSSION

4.5.1 Patienternas upplevelse av sin situation i samband med utskrivning

Ungefär två tredjedelar av de kommentarer som gjordes av de intervjuade visade att de hade uppfattningen att avdelningspersonalen på akutsjukhuset endast kände till deras medicinska behandling. Patienternas egna förhållanden hemma, under vilka omständigheter de skulle klara sig och eventuell fortsatt behandling, hade personalen inte tid med trodde de flesta. Det innebär att övervägande delen av patienterna inte känt sig medvetna om eller deltagit i den utskrivningsplanering på sjukhuset som i en eller annan form förmodligen hade ägt rum. Halls betoning av patienten som person (core) hade således inte uppfattats och/eller kommit till uttryck i omvårdnaden när det gäller utskrivningen av flertalet patienter i denna studie. Dokumentationen i form av de bevarade patientrapportbladen i patientjournalerna gav heller inte stöd för att så skulle ha skett i något enda fall.

Drygt en fjärdedel av de intervjuade patienterna angav att utskrivningen kommit oväntat för dem. Vidare ansåg närmare hälften av dem som uppgav att utskrivning skett med högst en dags varsel att de behövt få mer tid för att ordna inför hemkomsten. Detta ger ytterligare betoning åt begränsningarna i möjligheten för en patient att själv vara delaktig i sin utskrivningen. Det överensstämmer också med resultaten i de tidigare refererade internationella studierna.

För dem som tidigare hade haft hjälp av vårdbiträde i öppen vård, vanligen kallad hemsamarit, skedde återgången efter hemkomsten utan problem för alla utom två personer. För de senare gällde att hemsamariten inte kommit det överenskomna tillfället efter utskrivningen på grund av egen sjukdom. Just då borde ju en ersättare garanteras.

Fyra personer var mycket ledsna vid intervjun. Problemet var isolering och förtvivlan inför hur de skulle klara sig. Typiskt för dessa var att de inte visste vem de kunde vända sig till, att distriktssköterskorna inom deras distrikt ej kände till dem samt att de ej hade någon hemsamarit. Samtliga var bosatta i hyreshus i storstadskommunen. Någon planerad kontakt med sjukvården fanns inte heller angiven i sjukhusjournalen, utom i ett fall då epikriskopia sänts till remitterande läkare med önskemål om kontroll om en månad.

4.5.2 Upplevelser av kontinuitet i omvårdnad vid byte av vårdnivå

De intervjuade patienternas upplevelser av problem är framförallt ett uttryck för behov av mänskligt stöd i form av en fortlöpande kontakt med någon som de kan fråga och som känner till detaljerna i deras situation.

Av de 67 personer som sammanbodde angav endast fyra intervjupersoner att den närmast anhörige fått information eller stöd. Det är säkerligen så att en del muntlig information givits inför utskrivningen om detaljer i den fortsatta vården, men uppenbarligen på ett sådant sätt att den inte uppfattats eller tillgodogjorts. Det är här Orems tredje kategori av omvårdnadssystem (nursing systems) återigen kommer till uttryck, nämligen den stödjande och utbildande funktionen. Denna behöver uppenbarligen uppmärksammas mycket mer inom den praktiska patientvården. Resultatet visar ju också att osäkerheten var stor om vem man kunde vända sig till med för de berörda personerna viktiga frågor om vården. Att många av de intervjuade inte kunde ringa upp tidigare vårdavdelning för att tala med en namngiven sjuksköterska visar att anonymiteten i omvårdnaden är stor. I den problemsökande studien framkom ju också att omvårdnaden var otydlig till sin karaktär och en helhetsbild var svår att få.

4.5.3 Utskrivningsrutinerna

Beträffande dokumentation av omvårdnad visade de inledande samtalen med de ansvariga sjuksköterskorna på de aktuella vårdavdelningarna att behoven av hjälp med omvårdnad (self-care deficits) och vidtagna omvårdnadsåtgärder (nursing agency) inte alltid observeras och noteras kontinuerligt eller systematiskt. Detta verifierades också vid journalgenomgången där patientrapportbladen var ofullständigt och osystematiskt förda.

Anteckningarna gick inte att hänföra till omvårdnadsprocessens olika moment. Problem, observationer, åtgärder eller resultat var inte i något fall sammanhängande antecknade på patientrapportbladet. Inga anteckningar fanns heller om planeringen av utskrivningen eller vilka kontakter som vidtagits av sjuksköterska för att hjälpa patienten vidare i olika hänseenden.

Anteckningarna på rapportbladen bestod till stor del av upprepning av vad som kunde läsas i läkarnas journalanteckningar. Det innebär inte att en god och riktig omvårdnad inte kan ha givits, däremot att den inte tydliggjorts och kommunicerats så att utvär-

dering kan ske. Med ett system med flera olika vårdgivare som växlar måste risk finnas att olika åtgärder eller för en patient viktiga detaljer förbises.

När det gäller kontinuitet i omvårdnaden vid utskrivning från sjukhus till hemmet är Orems kategorier om framför allt delvis kompensatoriska åtgärder och stödjande samt utbildande åtgärder aktuella. I det patienturval som undersökts var framförallt dessa hjälpkategorier aktuella men ej tillgodosedda. Sjuksköterskorna hade inte dokumenterat sådana omvårdnadsåtgärder inför utskrivningen och flertalet patienter beskrev ju också att de inte trodde vårdpersonalen hade tid med sådant.

Den ADL-situation som undersökningens patienter hade visade att 47 procent hade någon form av hjälpbehov efter utskrivningen. Om förflyttning utomhus tas med blev hjälpbehovet 62 procent. Ingen sjukvårdsansvarig tycktes följa upp detta. Situationen hade fått lösas av de anhöriga – oftast själva äldre och ibland sjukliga – utan vägledning. Av de personer som sammanbodde hade endast fyra anhöriga fått information eller stöd i den bemärkelsen att detta uppfattats som sådant. Det är förvånande att planeringsansvar för fortsatt omvårdnad, dvs innehållskontinuiteten, tycks ha upphört vid utskrivningen även om patient och anhöriga själva kan ta över.

Eftersom dokumentationen om omvårdnaden i så liten utsträckning införts på patientrapportbladen, är det inte svårt att förstå att meddelanden till distriktssköterskorna, i de fall de skickats, gällt frågor av medicinsk-teknisk natur. Läkarens epikris hade använts i ett fall för att informera distriktssköterskan. Av de övriga åtta fall där kontakt förekommit, hade informationen skett muntligt eller med användande av den särskilda, för ändamålet avsedda blanketten.

Genom att så många patienter varit okända för distriktssköterskorna verkar det vara så att hemsamariterna snarare än kollegerna på sjukhuset är katalysatorer för distriktssköterskornas engagemang. Därmed finns risken att sambandet mellan olika omvårdnadsåtgärder går förlorat. Kontinuitet i omvårdnadens detaljer av mer teknisk karaktär, exempelvis blåstråning eller patienters förmåga att tillgodose olika egenvårdsbehov, tycks inte tillmätas betydelse i så hög grad att det uppmärksammas vid överföring till nästa vårdnivå, eftersom detta skett i så liten utsträckning.

Resultaten visade att distriktssköterskorna på landsbygden genom olika informella vägar ofta ändå kände till patienternas sjukhusvistelse, medan distriktssköterskorna i stadskommunen var ovetande såvida de ej fått ett meddelande. Därmed kunde de senare inte initiera egna kontakter. Den ensamboende utan hjälp av hemsamarit kan bli mycket utelämnad.

På vårdavdelningarna uppgav ansvarig sjuksköterska att kontinuitet söker man att få genom att patienten i möjligaste mån skall kunna återkomma till samma vårdavdelning vid ny kontakt med kliniken. Detta har för de intervjuade också visat sig ha fungerat i hög utsträckning.

Resultatet av undersökningen kan sammanfattas så att dokumentation om omvårdnad inte har överförs till distriktssköterskorna på ett systematiskt sätt. Kontinuitet i omvårdnadens innehåll var svår att evaluera genom att ett "språk för omvårdnad" i stor utsträckning tycktes saknas. Den dokumentation som förekom var medicinskt inriktad.

Eftersom Orem's modell inte varit känd för de sjuksköterskor som berörts kan inte hennes terminologi förväntas. Behovet av kontinuitet för den enskilda patienten finns dock oavsett detta och kunde förväntas ha uttryckts i dokumentation på patientrapportblad och utskrivningsmeddelanden i annan form. Sådan information har därför inte heller efteråt kunnat klassificeras på något systematiskt sätt. I denna undersökning har det framkommit att förhållandevis liten tonvikt läggs på att åstadkomma kontinuitet i de äldres omvårdnad.

Den metod som använts var intervju med både bundna och öppna svarsalternativ. I detta ingår ett väl utprövat ADL-index. Genom att välja detta sätt att samla information har data kunnat insamlas systematiskt för varje intervjuperson. Flexibilitet och spontana kommentarer har förekommit i intervjusituationen och då noterats särskilt.

Eftersom alla patienter intervjuats i sitt eget hem av samma person har förutsättningarna i intervjun hållits så lika det varit möjligt i en empirisk undersökning av detta slag. Alla patienter har varit öppna, tillmötesgående och tycktes ej hesitera att ge en för dem främmande person möjlighet att besöka dem i hemmet. Välkommandet var oftast överväldigande positivt och verkade motsvara ett behov av kontakt med anknytning till den tidigare sjukhusvistelsen.

Endast två personer ville vid den inledande telefonkontakten ej ställa upp. Den ena gav som skäl "trötthet", den andra "det får andra svara på". Båda dessa personer var bosatta i stadskommunen. Kanske kan detta förklaras med någon form av rädsla för att få besök av en främmande person, vilket kan tänkas vara vanligare i en stad.

Generalisering till sjukvården i stort kan naturligtvis inte göras på grundval av detta material som begränsar sig till två kliniker. Troligen är studien ändå en illustration av brister på kontinuitet beträffande omvårdnad som är vanliga, eftersom klinikerna tillhörde två vanliga specialiteter på ett undervisningssjukhus.

Resultaten av studien visade att formen för utskrivning av äldre till det egna hemmet skedde utan en klart uttalad policy. Det senare gällde såväl utskrivningsrutiner i största allmänhet som mer specifikt i relation till äldre. I likhet med utländska undersökningar som redovisats är slutsatsen av denna undersökning att ökad uppmärksamhet och särskilda rutiner behöver tillskapas för utskrivningen från slutenvård. Det finns annars en risk att endast patienter med mycket klara och tydliga behov av hjälp uppmärksammas, medan andra mindre uppenbara men för en patient betydelsefulla behov kommer att uppmärksammas slumpmässigt eller inte alls.

I det kapitel som följer presenteras en undersökning av utskrivningsrapportering på de befintliga blanketterna samt med hjälp av ett mer strukturerat formulär.

5. Utskrivningsmeddelande från sjukhus till distriktssköterskor

5.1 INLEDNING

I den inledande problemsökande studien framhöll distriktssköterskorna att ett problem för dem var att de ofta inte fått kännedom om att en äldre patient inom distriktet vårdats på sjukhus och där-
efter utskrivits till hemmet.

Av de 100 äldre patienternas utskrivning från akutsjukhus till det egna hemmet som presenterades i föregående kapitel, bekräftades detta. Problematiken är inte ny och finns också dokumenterad i form av lokala tidningsinsändare. I det förra kapitlet belystes även äldres problem i samband med utskrivningen.

En undersökning i Storbritannien av Amos redovisade också äldre patients sårbara situation beträffande egenvården och när det gäller att fullfölja olika behandlingsinsatser efter utskrivningen från akutsjukhus till hemmet (3). En slutsats var att behovet av särskilda rutiner vid utskrivning till hemmet är en förutsättning för kontinuitet i vården av äldre.

Utskrivningen från sjukhuset är en av flera aspekter på kontinuitet i vården för den enskilda patienten. Inom ramen för den här studien definieras utskrivning som en process vid vilken en viss aspekt av patientens vård överlämnas till en annan yrkesföreträdare, anhörig eller patienten själv med syftet att uppnå kontinuitet i vårdens innehåll.

Om den professionella bedömningen och planeringen av vårdåtgärder inte vidarebefordras riskerar man att diskontinuitet uppstår. Det kan då ge upphov till svårigheter att lösa eventuella problem och ge minskade förutsättningar att fortsätta den omvårdnad eller den medicinska behandling som inletts på sjukhuset.

Vid utskrivningen av en patient kan en eller flera olika yrkeskategorier vara engagerade såsom arbetsterapeut, kurator, läkare, sjukgymnast och sjuksköterska. Eftersom en patients omvårdnad är en del av den totala vården måste den i likhet med andra vårdinsatser tydliggöras. Det innebär att sjuksköterskor, liksom i vissa fall också andra yrkeskategorier, har en roll i samband med utskrivning och att uppgifter om varje enskild patients omvårdnad måste kommuniceras.

Läkares journalföring speglar den kliniska kompetensen har det hävdats (124,143). Det skulle innebära att vad som antecknas i patientjournaler avspeglar kvaliteten på den vård som kommer pa-

tienterna till del. Starfield och medförfattare presenterade en undersökning från USA där slutsatsen var att medicinska patientjournaler gav en teoretiskt godtagbar grund för att bedöma den medvetenhet som läkare hade om betydelsefull information inför en patients besök (167). Ett annat arbete av Starfield m fl visade att samordning och kontinuitet i medicinsk behandling kunde förbättras genom en noggrannare probleminventering och ändrade journalrutiner (168). Om detta gäller den medicinska behandlingsformen torde samma förhållande råda för omvårdnaden av patienterna. Det kan alltså tänkas att journalrutinen inte bara avspeglar kvaliteten i vården utan också påverkar den. I ett arbete av Engström om patienters behov av information rapporterades att antalet dokumenterade informationsproblem ökat från 2 till 42 efter en organisationsförändring samt utbildningsinsatser bland avdelningspersonalen på en neurologisk avdelning (48).

5.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

I det följande presenteras resultatet av en studie som inriktades på kommunikation av omvårdnadsinnehåll från slutet till öppen vård. Syftet var att studera vilket innehåll som förmedlats och besvara frågan om ett systematiskt och strukturerat utskrivningsmeddelande ger mer information om omvårdnaden än ett mindre strukturerat.

5.3 MATERIAL OCH METOD

Undersökningen inriktades på omvårdnad i direkt bemärkelse. Den genomfördes i form av en analys av innehållet i skriftliga utskrivningsmeddelanden.

Avdelningsföreståndarna på tre kirurgiska och tre medicinska vårdavdelningar på två olika sjukhus åtog sig att för vardera 16 konsekutivt utskrivna äldre patienter sända utskrivningsmeddelanden till distriktssköterskan. För de första 8 patienterna användes det befintliga utskrivningsformuläret (bilaga 2:1). När detta skett introducerades ett mer strukturerat formulär som utformats på basis av de tidigare redovisade intervjuerna och som skulle användas för ytterligare åtta patienter (bilaga 2:2).

Formulären ifylldes för samma antal patienter på de sex vårdavdelningarna och gällde endast till hemmet utskrivna patienter. Ett material erhöles således på 48 utskrivningsmeddelanden på vardera

TABELL 9 Utskrivningmeddelanden fördelade efter typ av formulär, kliniktyp och ålder, samt kön och sjukhus

Variabel	Befintligt formulär	Strukturerat formulär	Totalt
Kliniktyp och ålder			
Medicin			
65-74	5	15	20
75-84	16	7	23
85-	3	2	5
Totalt	24	24	48
Kirurgi			
65-74	10	9	19
75-84	10	14	24
85-	4	1	5
Totalt	24	24	48
Kön			
Män	20	22	42
Kvinnor	28	26	54
Totalt	48	48	96
Sjukhus			
I	16	16	32
II	32	32	64
Totalt	48	48	96

formulärtyp, d v s totalt 96. Materialet redovisas i tabell 9. Innehållet i meddelandena registrerades och analyserades på persondator. Det gjordes med utgångspunkt från meddelandets innehåll beträffande information om sjukdomsdiagnos till patienten, ADL-status, behov av hjälpmedel, patientens möjligheter till kontakt och kommunikation med omgivningen, förekomst av sensoriska eller fysiska funktionshinder, patientens boendeform och uppgift om anhöriga, förekomst av summering av den omvårdnad som givits under sjuk-

husvistelsen och närmare beskrivning av de omvårdnadsåtgärder som förekommit, behov av fortsatt hjälp med omvårdnad, behov av hjälp från distriktssköterska eller annan person efter sjukhusvistelsen samt planerade återbesök. Samtliga dessa variabler fanns angivna på det strukturerade utskrivningsmeddelandet, men däremot inte på det redan befintliga.

Undersökningens uppläggning innebar att de sjuksköterskor som sände utskrivningsmeddelandena gjorde detta under de förut-sättningar som rådde för den ordinarie verksamheten på respektive vårdavdelning.

Ett frågeformulär sändes till respektive distriktssköterska inom de aktuella patienternas distrikt. Frågorna avsåg deras kännedom om patienten och nyttan av det erhållna meddelandet. Tjugoåtta distriktssköterskor fick utskrivningsmeddelanden och de besvarade samtliga uppföljningsformuläret. Distriktssköterskorna ifråga fick vardera mellan ett och sex av dessa utskrivningsmeddelanden.

5.4 RESULTAT

I figur 4 presenteras resultatet av en analys av de båda formulärens information. Variablerna grupperades i enhetlighet med de fyra komponenterna i Orems modell d v s egenvård, miljö, omvårdnadsbehov och omvårdnadsåtgärder.

Patientens förmåga till egenvård

Patientens förmåga till egenvård granskades beträffande sex variabler och figuren visar i vilken utsträckning någon notering om dessa förekommit.

Granskningen visade att patientens information om sin diagnos inte alls hade berörts på något av de befintliga formulären. Det samma gäller beträffande förekomst av sensoriska funktionshinder såsom exempelvis synnedsättning, hörselsvårigheter eller smärta. Däremot fanns i dessa avseenden uppgifter på samtliga strukturerade formulär. Informationen om hjälpmedel är den aspekt som oftast hade hoppats över på det strukturerade formuläret.

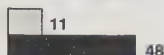
Av tabell 10 framgår vissa skillnader i innehållet som meddelats distriktssköterska på de befintliga formulären i jämförelse med de strukturerade. För sammantaget tre variabler, kontakt och kommunikation, sensoriska funktionshinder och fysiska funktionshinder, gav de strukturerade formulären sju gånger så ofta positiva svar som de befintliga. Ett exempel är variabeln om förmåga till kontakt och kommunikation. På de befintliga formulären framkom två note-

EGENVÄRD

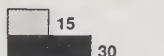
Kännedom om diagnos



ADL-status



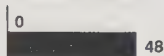
Hjälpmedel



Förmåga till kontakt och kommunikation



Sensoriska funktionshinder

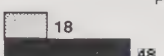


Fysiska funktionshinder

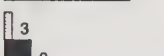


MILJÖ

Boendeform

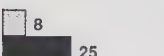


Uppgift om anhörig

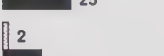


BEHOV AV OMVÅRDNAD

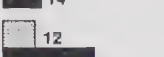
Omvårdnadssummering



Närmare beskrivning av omvårdnadsbehovet vid utskrivningen

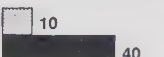


Behov av fortsatt omvårdnad

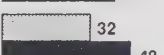


OMVÅRDNADSÅTGÄRDER

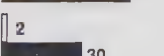
Hjälp av distriktssköterska



Planerade återbesök



Hjälp vid återbesök



Figur 4: Omvårdnadsinnehåll i utskrivningsmeddelanden från sjuksköterskor i slutenvård till distriktssköterskor

TABELL 10 Antalet positiva svar avseende tre typer av problem erhållna vid användning av befintliga och strukturerade utskrivningsmeddelanden

Typ av problem	Befintligt formulär (n=48)	Strukturerat formulär (n=48)
Kontakt och kommunikation	2	12
Sensoriska funktionshinder	-	18
Fysiska funktionshinder	3	7
Totalt	5	37

ringar som har anknytning till denna, nämligen "glömsk" och "deprimerad". På de strukturerade framkom 12 sådana informationer, nämligen "glömsk" (4 fall), "deprimerad" (4 fall), "talar ej svenska" (2 fall) samt "är förvirrad" (2 fall). Samtliga informationer måste anses vara av betydelse för dessa patienters förmåga till fortsatt egenvård. De övriga 36 meddelandena angav att några problem inte förelåg i detta hänseende för den aktuella patienten, vilket även det innebar information av vägledande karaktär.

Miljö

Patientens hemsituation och anhörigsituation hade berörts i liten utsträckning. På det strukturerade formuläret hade, när boendeformen markerats, ingen närmare beskrivning givits. Anhörigsituationen utelämnades i mycket hög grad på båda formulärtyperna.

Patientens omvårdnadsbehov

Omvårdnadssummeringen - vilket kan likställas med omvårdnadsdiagnos - från sjukhusvistelsen gav inte mycket information som kan betecknas som relevant. Det som hade skrivits var i majoriteten av meddelandena enbart medicinsk information såsom exempelvis återgivande av den medicinska diagnosen. Totalt kunde bara 13 kommentarer hänföras till patientens omvårdnad på sjukhuset; tre återfanns på det befintliga formuläret och tio på det strukturerade. Närmare beskrivningar av behov av omvårdnad till ledning för

vården efter utskrivningen var också sparsamma. Det kan tolkas som ovana att uttrycka omvårdnadssituationen stringent i några sammanfattande meningar.

Omvårdnadsåtgärder

Distriktssköterskan hade fått besked om de här aktuella tre frågorna i högre grad på det strukturerade formuläret än på det befintliga. Inga kommentarer gavs om anhörigas förmåga att hjälpa den utskrivna patienten. Med utgångspunkt från att helhetssyn eftersträvas i vården kunde man förväntat att sådana kommentarer förekommit.

Nyttan av utskrivningsmeddelandena för distriktssköterskorna

Distriktssköterskornas svar på frågan huruvida formulären varit till nytta visade att de varit till praktisk vägledning i hälften av fallen när det gällde de befintliga formulären och i drygt två tredjedelar av fallen när det gällde de strukturerade.

5.5 DISKUSSION

De strukturerade formulären gav mer information än de befintliga. Kommunikationen av observationer som är betydelsefulla för ställningstagandet till den fortsatta omvårdnaden går således att påverka genom utformningen av meddelandeformuläret.

Det är dock uppenbart att förhållandevis minst information gavs angående den direkta egenvården och detaljer kring behovet av fortsatt hjälp med omvårdnad. Sjuksköterskornas förmedling av vad de observerat om patientens egenvårdssituation kan bero på att detta helt enkelt inte prioriterats som viktig information vid utskrivningen av äldre patienter till det egna hemmet. En annan förklaring kan vara att egenvårdsbehoven inte framstår som så tydliga i den slutna vården där miljön är särskilt anpassad och personal finns att tillgå.

En annan förklaring kan vara att den modell som råder för sjuksköterskors praktiska arbete innebär dokumentation främst beträffande diagnos och behandling. Den innefattar då inte de förhållanden som föreligger beträffande varje patients möjlighet till att genomföra egenvården i samband med ohälsa.

Tidsbrist kan även ha spelat en roll genom att man inte hunnit göra observationer eller notera sådana i tillräckligt stor utsträckning för att sedan kunna redogöra för dem. Några sådana kommentarer gavs vid besöken på de aktuella vårdavdelningarna.

Utelämnad eller fragmenterad information om omvårdnad till en annan vårdnivå kan ge upphov till brister i patienters vårdkontinuitet. En mottagande distriktssköterska kan komma att dra flera olika slutsatser. Han/hon kan uppfatta situationen som att patienter inte behöver eller redan har hjälp. En osäkerhet kan uppstå om hjälpbehov överhuvudtaget uppmärksammas eller blivit föremål för ställningstagande. Om risk för osäkerhet i tolkning av ett utskrivningsmeddelande föreligger, påverkar det vårdkvaliteten i form av god och trygg sjukvård. Det senare kan vara speciellt viktigt för äldre och sköra personer.

I de fall där inte något meddelande når en distriktssköterska har denna ingen möjlighet att ta initiativ till kontakt. Genom tidigare kännedom om en nyutskriven patient har distriktssköterskor oftast unika möjligheter att göra en egen bedömning. Denna möjlighet fråntas distriktssköterskorna om inte utskrivningsmeddelanden systematiskt vidarebefordras från akutsjukvården. Det viktigaste skedet kan vara i samband med patientens hemkomst från sjukhuset eller omedelbart därefter.

För hälften av de befintliga utskrivningsformulären angav mottagande distriktssköterska att de varit till nytta eller stor nytta. För de strukturerade formulären blev resultatet av distriktssköterskornas svar att tre fjärdedelar varit till nytta eller stor nytta i deras arbete. Man kan alltså säga att många meddelanden tjänar ett praktiskt syfte och att utformningen av dem har betydelse för hur värdefulla de mottagande distriktssköterskorna ansett dem vara.

6. Överensstämmelsen i sjuksköterskors bedömning av patienters omvårdnadsbehov

6.1 INLEDNING

Ett skriftligt utskrivningsmeddelande är ett instrument avsett för att vidarebefordra betydelsefulla fakta om en patients vård från sjukhus till nästa vårdnivå. Syftet är att uppnå kontinuitet i vårdens innehåll. Själva meddelandet kan sägas vara en metod som kommer till användning för insamling och vidarebefordran av information i skriftlig form. Det är naturligtvis viktigt att meddelandet ger en korrekt och användbar information.

Ett instruments tillförlitlighet är beroende av dess reliabilitet och validitet. Reliabilitet kan definieras som den säkerhet med vilket ett instrument mäter. Validitet innebär i vilken grad instrumentet mäter vad det avser att mäta, i det här arbetet således omvårdnad i direkt bemärkelse. Frågor om reliabilitet och validitet har inte bara vetenskaplig betydelse utan är också viktiga för olika metoders praktiska användbarhet (100).

Andersen har diskuterat reliabilitet och validitet vid studier av den nytta som hälso- och sjukvården kan åstadkomma. Han har bland annat framhållit att om resultatet av en undersökning ska kunna tjäna som ledning för praktisk verksamhet är extern validitet mycket viktig (7). Det innebär frågan om i hur hög grad det man försökt att mäta har verklig betydelse för exempelvis patienternas vård eller sjuksköterskornas arbete. I den föregående undersökningen – presenterad i kapitel 5 – framkom att de utskrivningsmeddelanden som distriktssköterskorna erhöll ansågs ha varit till praktisk nytta i deras arbete. Även den i kapitel 4 redovisade studien visade att patienternas erfarenheter talar för behovet av utskrivningsmeddelanden i omedelbar anslutning till utskrivningen.

De utskrivningsmeddelanden som används i en patients omvårdnad måste vara kvalitativt tillfredsställande för att kunna tjäna en praktisk nytta. Den distriktssköterska som erhåller ett meddelande om en patients utskrivning från sjukhus gör sin tolkning av innehållet samt kommer att basera fortsatta ställningstaganden och omvårdnadsåtgärder på denna information. Därför blir det viktigt att veta om de utskrivningsmeddelanden som används är tillförlitliga och relevanta med avseende på innehållet.

Användbarheten av utskrivningsmeddelanden är följaktligen beroende av dels om de angivna uppgifterna är entydiga, dels om meddelandet innehåller information som är adekvat för sitt ända-

mål. I den undersökning som kommer att presenteras i det här kapitlet har både de befintliga formulären och de strukturerade studerats i dessa avseenden.

Vid granskning av tidigare publicerade undersökningar finner man att reliabilitet och validitet i muntligt rapporterad eller skriftligt dokumenterad omvårdnad inte har uppmärksammats i någon stor utsträckning. I Sverige genomfördes inom ramen för ett omvårdnadsforskningsprojekt reliabilitets- och validitetsprövning av ett aktivitetsindex för cerebrovaskulär sjukdom (69,115). I ett annat arbete prövades tillförlitligheten i Katz' ADL-index (86). Inom ramen för ett WHO-projekt i Danmark prövades interbedömarreliabiliteten vid kodning av datainsamlingsinstrument i omvårdnadsarbetet (15).

I andra länder finns fler exempel på sådana studier. Dessa har då rört tillförlitligheten vid identifiering av olika problem som kan påverka patienters förmåga till egenvård såsom exempelvis depression hos äldre eller patienters mobilitet (6,30). Vidare har interbedömarreliabilitet och intraklassreliabilitet vid bedömning av ADL-funktioner hos äldre vuxna studerats av Jette och Deniston (96). Därvid framkom att ett U-format samband förelåg innebärande att reliabiliteten mellan de olika bedömnarna visade sig vara högst för de patienter som var helt oberoende eller totalt beroende av hjälp. För de patienter som hade varierande grad av hjälpbehov var samstämmigheten lägst. En annan undersökning som presenterats av Kim studerade innehållsvaliditet med utgångspunkt från omvårdnadsdiagnoser (101). En av de slutsatser som där drogs var att majoriteten av dessa utgjordes av medicinska diagnoser och inte rörde omvårdnad.

Gemensamt för studierna var att förhållandevis små patienturval legat till grund för dem och att slumpmässiga urval inte hade gjorts. De pekar dock på behovet av att uppmärksamma och studera frågor relaterade till reliabiliteten vid olika dokumentationsformer samt validiteten i rapportering av omvårdnad.

Inom medicinen har diskussion och studier kring tillförlitlighet i dokumentation rönt viss uppmärksamhet (93,109). I olika studier har påvisats att kvaliteten på medicinska journaler är direkt relaterad till kvaliteten på vården mätt med olika kriterier (124,197). Linn m fl visade att kliniska observationer gjorda av läkare varit mer tillförlitligt vidarebefordrade i skriftlig form än när det skett muntligt (120). Demlo konstaterade i en undersökning att användningen av utskrivningsinformation från patientjournaler för att ligga till grund för planeringsstatistik måste ifrågasättas. Han hade funnit att dokumentationen varit alltför begränsad och inte alltid systematiskt genomförd (32).

6.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Studien gjordes i syfte att undersöka överensstämmelse mellan olika sjuksköterskors tolkning av informationen på skriftliga utskrivningsmeddelanden. Följande två frågor ställdes:

1. I vilken utsträckning överensstämmer tolkningen av utskrivningsmeddelanden mellan olika sjuksköterskor?
2. Skiljer sig den information sjuksköterskor på vårdavdelning förmedlat från distriktssköterskors bedömning av patienterna?

6.3 MATERIAL OCH METOD

Två olika datainsamlingar gjordes. Dels granskades och kodades de utskrivningsmeddelanden som redovisats i föregående kapitel på nytt av två sjuksköterskor. Dels genomfördes en förnyad bedömning av från sjukhus till hemmet utskrivna äldre patienter vars utskrivning rapporterats genom det strukturerade utskrivningsmeddelandet. Sju distriktssköterskor inom ett sjukvårdsdistrikt gjorde denna uppföljning.

6.3.1 Det första materialet

Detta omfattade således samtliga 96 utskrivningsmeddelanden som sjuksköterskan på respektive vårdavdelning hade sänt till distriktsköterskemottagningen inom det sjukvårdsdistrikt patienterna tillhörde. Syftet hade varit att ge distriktssköterskorna information om äldre patienters behov av omvårdnad efter utskrivning från akut somatisk vård. Hälften av meddelandena utgjordes av de befintliga formulären och hälften av de strukturerade.

Eftersom författaren varit den enda som tolkat de utskrivningsmeddelanden som presenterades i föregående kapitel genomfördes en ny tolkning. Den nya granskningen av formulären gjordes av två legitimerade sjuksköterskor med stor praktisk yrkeserfarenhet. Innan arbetet påbörjades hade en gemensam genomgång gjorts av de referensramar som använts i denna studie. Sjuksköterskorna gjorde granskningen helt oberoende av varandra.

De variabler som bedömdes och kodades var desamma som i den tidigare – i kapitel 5 – presenterade studien. Variablerna fanns markerade på det strukturerade formuläret men däremot inte på det befintliga.

Eftersom data på nominalskalenivå övervägande varit aktuella och endast beträffande Katz' ADL-index skett på ordinalskalenivå, presenteras resultaten i form av frekvens- och procentberäkningar. Inget av dessa mått tar emellertid hänsyn till slumpmässig överensstämmelse vid bedömningarna. För det senare har den av Cohen beskrivna Kappametoden (κ) samt den generaliserade kappametoden ($\text{gen}\kappa$), vilken beskrivits av Fleiss, använts (29,52). Dessa har rekommenderas för användning vid beräkning av interbedömarreliabilitet vid studier i medicinska sammanhang på den här aktuella skalnivån (85,201). Kappaberäkningar har även använts och blivit diskuterade i samband med studier av omvårdnad (86,165) och psykiatri (198).

Ett kappavärde beräknades för varje granskad kategori och innebär att en korrektion för slumpens inverkan på överensstämmelsen mellan olika bedömare har kunnat beräknas. Kappa definieras som

$$\kappa = \frac{P_O - P_C}{1 - P_C}$$

där P_O = proportionen observerad överensstämmelse

där P_C = proportionen slumpmässig överensstämmelse

När fler än två bedömare är aktuella används den generaliserade kappametoden varvid samma formel som ovan används. P_O och P_C definieras emellertid annorlunda.

$$P_O = \frac{\sum \sum n_{ij}^2 - NR}{NR(R-1)}$$

$$P_C = \sum P_j^2$$

där N = antalet formulär (i detta fall 48)

där R = antalet bedömare (i detta fall 3)

där i = antalet bedömningar inom varje bedömningskategori för respektive formulär

där j = totala antalet bedömningar i varje bedömningskategori

Det erhållna kappavärdet varierar mellan -1 och +1 och skall om överensstämmelsen är sämre än slumpen bli negativt och bli noll om det observerade värdet är detsamma som slumpen. Vid ett positivt värde är den observerade överensstämmelsen större än

vid slumpmässigt utfall. Ett kappavärde på minst 0,60 anses vara ett acceptabelt värde på interbedömarreliabilitet. Det går att signifikant testa de erhållna värdena genom att dividera κ med dess standardavvikelse varvid ett z-värde erhålles.

6.3.2 Det andra materialet

Det andra materialet omfattade ytterligare 32 patienter inom ett sjukvårdsdistrikt. Patienternas utskrivning från akutsjukhus till hemmet hade meddelats till distriktssköterskemottagningen genom det strukturerade formuläret. Efter hemkomsten besöktes dessa patienter av en distriktssköterska. Hon gjorde då med utgångspunkt från ett eget strukturerat formulär en bedömning av variablerna på detta. Denna bedömning jämfördes sedan med den information som fanns på meddelandet från sjukhuset.

Distriktssköterskan kontaktade den aktuella patienten så snart det var möjligt efter patientens hemkomst. Av olika praktiska skäl kunde tidsskillnaden röra sig om en till två dagar efter patientens hemkomst.

6.4 RESULTAT

6.4.1 Den första datainsamlingen

Överensstämmelsen mellan den kodning som redan genomförts och de båda nya sjuksköterskornas kodning beträffande de olika variablerna presenteras i tabell 11.

Som framgår av tabellen sjönk överensstämmelsen vid tre bedömare i jämförelse med två på båda formulärtyperna. Minskningen var dock större (9 procentenheter) för de befintliga formulären än för de strukturerade (2 procentenheter).

Medelvärdet av överensstämmelsen mellan tre bedömare var också högre för det strukturerade formuläret (96 procent) än för de befintliga ostrukturerade (82 procent). På båda formulärtyperna var överensstämmelsen lägst för summering av omvårdnadsåtgärder på sjukhuset och behov av fortsatt hjälp med omvårdnaden efter utskrivningen. Vidare var den något lägre beträffande närmare beskrivning av omvårdnadsåtgärder. Beträffande uppgifter om patienters ADL-status visar resultatet att det strukturerade bedömningssinstrument gav en mer entydig information än när de befintliga formulären användes.

TABELL 11 Överensstämmelsen mellan två respektive tre sjuksköterskors bedömning av innehållet i befintligt och strukturerat utskrivningsmeddelande

Variabel	Befintligt formulär(n=48)		Strukturerat formulär(n=48)	
	Överensstämmelse mellan två bedömare	Överensstämmelse mellan tre bedömare	Överensstämmelse mellan två bedömare	Överensstämmelse mellan tre bedömare
Egenvård				
Diagnos	48	48	48	48
ADL-status	37	36	48	48
Hjälpmedel	45	41	48	48
Kontakt och kommunikation	46	46	48	48
Sensoriska funktionshinder	47	47	48	48
Fysiska funktionshinder	46	42	48	48
Miljö				
Boendeform	47	45	48	48
Uppgift om anhörig m m	48	48	48	48
Omvårdnadsbehov				
Omvårdnadssummering	29	21	41	40
Närmare beskrivning av omvårdnad	47	31	45	43
Behov av fortsatt omvårdnad	38	26	47	43
Omvårdnadsåtgärder				
Hjälp av distriktsköterska	39	31	48	48
Planerade återbesök	48	48	48	48
Hjälp inför återbesök	47	42	47	44
Medelvärde %(n=48)	91	82	98	96

Den slumpmässiga inverkan vid bedömningarna framgår av tabell 12. Av den framgår att överensstämmelsen mellan både två och tre bedömare fortfarande är mycket god när det strukturerade formuläret använts. Vid användningen av de befintliga formulären blir den betydligt mer osäker beträffande de slutsatser som kommer att dras från meddelandet. För fem variabler på det befintliga formuläret var kappavärdena ej signifikanta. En variabel visade ett minusvärde vilket innebär att överensstämmelsen var sämre än vid ett helt slumpmässigt förfarande.

Kappaberäkningen visade sig kunna ge extrema värden om spridningen var mycket liten och endast två av flera alternativ använts. Därför bör frekvensen för överensstämmelsen beaktas.

6.4.2 Den andra datainsamlingen

I tabell 13 redovisas resultatet av jämförelsen mellan informationen på det strukturerade utskrivningsmeddelandet och distriktssköterskornas uppföljning av samma variabler. Antalet informationer skiljde sig inte mycket åt för dessa 32 patienter, men däremot förelåg vid 31 rapporterade bedömningar skilda uppfattningar mellan distriktssköterska och det som förmedlats på den strukturerade blanketten.

En jämförelse mellan distriktssköterskornas bedömning av patienten efter hemkomsten med en summering av omvårdnaden från sjukhusvistelsen går inte att göra eftersom distriktssköterskorna inte deltagit i vården på sjukhuset. Denna variabel redovisas därför inte för distriktssköterskorna vilket framgår i tabellen.

Man kan notera att sammanlagt 65 informationer om patienterna framkom uteslutande på det ena materialet. Således har en observation missats eller kan ha tillkommit på grund av att en tidskillnad förelåg, alternativt har de olika miljöerna – sjukhuset respektive det egna hemmet – inverkat.

TABELL 12 Beräkning av överensstämmelse mellan olika bedömare med korrigering för inverkan av slumpen

Variabel	Befintligt formulär				Strukturerat formulär			
	Två bedömare		Tre bedömare		Två bedömare		Tre bedömare	
	κ	sign	gen κ	sign	κ	sign	gen κ	sign
Egenvård								
Diagnos	1,0	***	1,0	***	1,0	***	1,0	***
ADL-status	0,30		0,51	***	1,0	***	1,0	***
Hjälpmedel	0,87	***	0,80	***	1,0	***	1,0	***
Kontakt och kommunikation	0,49	*	0,65	***	1,0	***	1,0	***
Sensoriska funktionshinder	0,91	***	0,89	***	1,0	***	1,0	***
Fysiska funktionshinder	0,78	***	0,65	***	0,94	***	1,0	***
Miljö								
Boendeform	0,96	***	0,90	***	1,0	***	1,0	***
Uppgift om anhörig m m	1,0	***	1,0	***	1,0	***	1,0	***
Omvårdnadsbehov								
Omvårdnadssummering	0,19		0,21		0,77	***	0,78	***
Närmare beskrivning av omvårdnad	0,79	***	0,09		0,85	***	0,83	***
Behov av fortsatt omvårdnad	0,46	**	0,33	**	0,97	***	0,90	***
Omvårdnadsåtgärder								
Hjälp av distriktsköterska	0,4	*	0,32	**	1,0	***	1,0	***
Planerade återbesök	1,0	***	1,0	***	1,0	***	1,0	***
Hjälp inför återbesök	0		-0,83		0,97	***	0,91	**

$p < 0,05 = *$

$p < 0,01 = **$

$p < 0,001 = ***$

TABELL 13 Innehållet i strukturerade utskrivningsmeddelanden från sluten somatisk akutsjukvård till ett primärvårdsdistrikt samt distriktssköterskans bedömning av samma variabler efter patientens hemkomst

Variabel	Antal med information av vägledande innebörd		Överensstämmelse i de gjorda bedömningarna		
	Enligt utskrivningsmeddelandet n=32	Enligt distrikts-sköterskas bedömning n=32	Samma information be-skriven	Informa-tion på båda men skiljer sig åt	Informa-tion på endast det ena materialet
Egenvård					
Diagnos	21	21	16	–	10
ADL-status	31	32	28	3	1
Hjälpmedel	15	17	11	4	2
Kontakt och kommunikation	25	30	21	4	6
Sensoriska funktionshinder	24	31	20	4	7
Fysiska funktionshinder	27	32	26	1	5
Miljö					
Boendeform	24	32	24	–	8
Anhörig m m	1	5	1	–	4
Omvårdnadsbehov					
Omv.summering	3				
Närmare beskrivning av omvårdnad	8	15	7	1	7
Behov av fortsatt omvårdnad	29	32	27	2	3
Omvårdnadsåtgärder					
Hjälp av distriktssköterska	24	32	18	6	8
Planerade återbesök	25	26	21	4	2
Hjälp inför återbesök	26	27	24	2	2
Totalt	283	332	244	31	65

6.5 DISKUSSION

Underlaget för studien består av skriftlig rapportering av patienters utskrivning vilken till största delen utgjordes av variabler på nominalskalenivå. Därför har resultaten huvudsakligen redovisats genom frekvens och procentberäkning. De metoder som ofta används för att pröva överensstämmelsen mellan olika bedömare var således inte användbara i den här studien eftersom de grundar sig på variabler på intervall- eller ordinalskalenivå. Kappametoden rekommenderas emellertid för variabler på nominalskalenivån. Den beräknar slumpens inverkan på överensstämmelsen i olika bedömningar och kan inbegripa fler än två bedömare. Det framkom också att kappametoden, som tidigare redovisats, använts i flera studier.

Vid tillämpningen av denna metod i den här undersökningen upptäcktes svagheter i beräkningar med bedömningssituationer där mycket få avvikelser gjorts mellan bedömarna samtidigt som endast två av flera möjliga alternativ använts. Denna situation är teoretiskt inte tillfredsställande och bör bli föremål för statistisk granskning. Detta har dock inte haft någon praktisk betydelse i detta arbete eftersom frekvensberäkningar också angivits.

Resultaten från det första materialet – de tidigare redovisade 48 befintliga och 48 strukturerade formulären – visade en hög genomsnittlig överensstämmelse mellan olika bedömare. Det kan dock konstateras att med tre bedömare var överensstämmelsen på det befintliga utskrivningsmeddelandet ej total på 11 av de 14 variablerna mot fyra av de 14 på det strukturerade.

Eftersom den genomsnittliga överensstämmelsen vid tolkningen gjord av tre bedömare var 82 procent för det befintliga och 96 procent för det strukturerade utskrivningsmeddelandet innebär det att ur tillförlitlighetssynpunkt har det strukturerade visat sig vara en säkrare metod vid överföring av information än det befintliga i det aktuella urvalet.

Vid granskningen av det första materialet framkom vidare att beskrivning av omvårdnadsbehov och omvårdnadsåtgärder visade lägst överensstämmelse. Det innebär en tendens som indikerar att dessa variabler varit de som föranlett mest osäkerhet vid tolkningen av informationen på bägge formulärtyperna. Det kan tyckas förvånande med tanke på att en kortfattad sammanfattning av en patients aktuella omvårdnad hör till de berörda befattningshavarnas speciella uppgifter. Förklaringen kan vara att det medicinska synsättet påverkat sättet att fylla i utskrivningsmeddelandet eftersom en tradition att tydliggöra det egna verksamhetsområdet saknas. Ytterligare en förklaring kan vara bristfälliga kunskaper i att genomföra en adekvat och systematisk dokumentation.

Den fråga som då uppstår är i vilken utsträckning utskrivningsmeddelanden kan anses vara berättigade för att koordinera omvårdnad mellan en vårdnivå och en annan om de svaga punkterna gäller just dessa variabler. Om relevant information antingen utlämnas eller ger upphov till tolkningsproblem fyller de givetvis inte avsedd funktion i en patients vård. En utveckling av arbetsformen bör i så fall ske genom att den skriftliga kommunikationen görs mer relevant och precis. Om utskrivningsmeddelanden däremot aldrig används kan inte resultat i form av ökad kvalitet i patienters vård förväntas. Således behöver frågan uppmärksammas inom olika kliniska verksamhetsområden.

En annan fråga är om det urval som studerats, nämligen äldre som utskrivs till det egna hemmet, betraktas som en mindre viktig grupp av patienter. Det är givetvis så att inom sjukvården mycket annat kan prioriteras i det dagliga arbetet. Olika val måste då göras. För att belysa om grundläggande attityder till äldre bland sjuksköterskor kan utgöra en bakgrund till prioritering presenteras en studie av attityder till äldre hos sjuksköterskor i nästa kapitel.

När det gäller det andra materialet där distriktssköterskorna gjorde sina bedömningar av sammanlagt 32 patienter efter deras hemkomst från sjukhuset, visar jämförelsen med sjuksköterskornas meddelanden avvikelser i 31 bedömningar. Skillnader i bedömningarna var störst beträffande distriktssköterskans eventuella insats. Det resultatet måste ses mot bakgrunden av att skillnad vid bedömningarna förelåg beträffande både platsen och tidpunkten. Även om hembesöket gjordes av distriktssköterskan snarast möjligt efter patientens hemkomst kunde det skilja på en till två dagar. Detta är ju också den verklighet som råder i den praktiska situationen inom patientvården. Mot den bakgrunden går skillnaderna i bedömningen av patienterna att förklara och vårdavdelningarnas sjuksköterskor har givit en övervägande korrekt beskrivning av patienterna. Den var dock fortfarande förhållandevis minst för beskrivning av omvårdnad.

Distriktssköterskornas information var större till antalet i jämförelse med den som sjuksköterskorna på vårdavdelningarna lämnat. Om patienten inte blivit känd genom meddelande till distriktssköterskan kunde således viktiga observationer ha blivit förbigångna som hon nu kunde få tillfälle att göra.

Från sjukhuset meddelades förhållandevis litet om de behov av omvårdnad som hade förelegat under sjukhusvistelsen. Även närmare beskrivning av behov av omvårdnad och omvårdnadsåtgärder var sparsamma. Distriktssköterskan fick således mindre information för att kunna tillgodose kontinuitet just i sådana hänseenden. Troligtvis behöver grundläggande utbildning och praktisk träning förstärkas i vårdutbildningarna för att inrikta sjuksköterskor på deras

roll vid förmedling av information om patienternas speciella behov av omvårdnad.

En fortsatt instrumentutveckling med utgångspunkt i obalans mellan en patients förmåga att själv tillgodose sin egenvård i samband med ohälsa behöver ske. Intresset för instrumentutveckling i detta hänseende har hittills bland annat resulterat i användningen av Katz' index. Granskningen av utskrivningsmeddelandena visar dock på behovet av väl utprovade instrument med utgångspunkt från psykologiska och sociala behov i relation till olika åldersfaser i livet. Sådana instrument måste också vara så konstruerade att de är praktiska att använda inom det dagliga omvårdnadsarbetet.

7. Attityder till äldre bland sjuksköterskor

7.1 INLEDNING

De olika handlingar som vi väljer att genomföra – eller att avstå ifrån – påverkas av våra attityder. Attityderna i sin tur har formats av vårt känsloliv och den kulturella miljön som vi tillhör. En attityd är en dold egenskap som får genomslagskraft först när den omsätts i form av val av olika handlingar. Inom sjukvården kan attityderna till de människor som vårdas förmodas vara predisponerande för hur personalen löser sina uppgifter. En konsekvens skulle bli att attityder påverkar den vikt som läggs på äldre patienters omvårdnad.

I den allmänna debatten har det ofta hävdats att den tid som vi nu inom västvärlden lever i är orienterad mot ungdom och teknik och följaktligen har mindre förståelse för de äldre i samhället. En fråga som då blir viktig är om de som praktiskt ansvarar för de äldre patienternas omvårdnad – och som själva är produkter av samhällskulturen – speglar negativa attityder till äldre människor.

En grundläggande förutsättning för att en god och trygg vård skall ges patienterna är att sjukvårdspersonalen har en positiv inställning till dem de vårdar. Mot bakgrund härav och med hänsyn till att sjuksköterskornas kontakt med äldre och sjuka är omfattande och dessutom kan förväntas öka, blir det av intresse att studera vilka attityder till äldre som förekommer bland sjuksköterskor i Sverige.

I anglosaxisk litteratur har begreppet "ageism" kommit att användas för att beteckna negativa och stereotypa attityder och handlingar mot äldre (19). Stereotypa attityder innebär i detta sammanhang att man karakteriserar hela gruppen äldre på ett enhetligt sätt snarare än som bestående av personer med helt olika bakgrund och individuella förutsättningar.

Forskningen om attityder i gerontologiska sammanhang har vuxit fram under de senaste fem decennierna. Undersökningarna inleddes med att Tuckman och Lorge (186) publicerade en attitydskala som de hade utvecklat. Denna vidareutvecklades och ytterligare olika instrument för mätning av attityderna till äldre kom att konstrueras och prövas empiriskt (8,43,102,103,104,105,129,137,159).

Flera studier utomlands har pekat på att negativa och stereotypa attityder till äldre kan finnas bland sjukvårdspersonal (49, 54,61,131,189). Tank Buschman och medförfattare (170) presenterade en studie där endast 17 procent av en grupp sjuksköterskestu-

derande gärna ville ägna sig åt omvårdnaden av äldre. Lore (121) diskuterade den bristande förmågan att uppfatta äldre som enskilda individer på grund av stereotypa föreställningar samt vilken betydelse detta har för hur sjuksköterskor hanterar olika problem i mötet med äldre patienter.

I Sverige har attityderna till äldre bland annat studerats av Skoglund (161) och Tornstam (181,182,183,184,185). Skoglund fann i sin undersökning en mer positiv attityd till samvaro med äldre hos yngre människor än hos pensionärerna själva. Kvinnorna hade också mer positiva attityder än männen liksom de med en högre utbildning. Enligt Tornstam finns en rad missuppfattningar om äldres förhållanden; bland de vanligaste i hans studie var myten om ensamhet och felaktiga föreställningar om äldres boendesituation. Han fann också att tendensen att svartmåla äldres levnadsförhållanden förekom i högre grad hos personer med omsorgsyrken än inom andra yrkesgrupper.

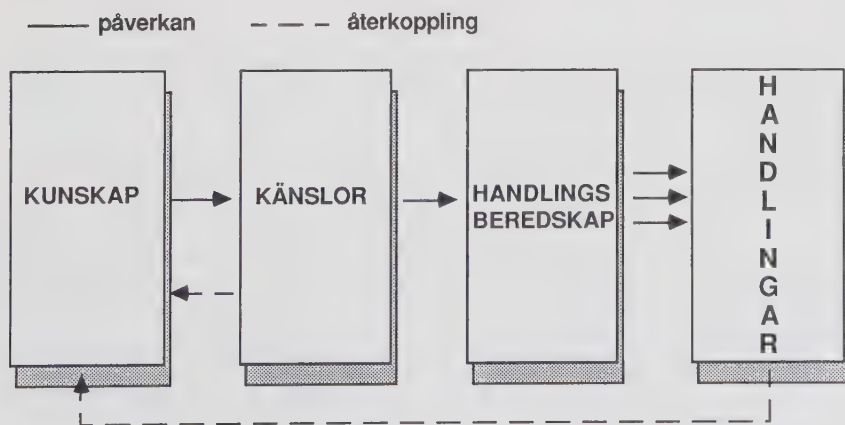
Definitionen av begreppet attityd varierar. Cardno (22) sammanfattade olika betydelser som givits begreppet och kom fram till en allmänt accepterad grundläggande utgångspunkt, nämligen att en attityd innebär benägenheten att vara mottaglig för olika företeelser i samhället och att attityderna vägleder människorna med utgångspunkt från den situation de befinner sig i. Olika definitioner av attitydbegreppet kan enligt Shaw och Wright (157) grupperas efter

- i vilken grad attitydbegreppet kan hänföras till det som är fundamentalt och grundläggande för attityder samt om man avser individnivå, gruppnivå eller samhällsnivå
- hur attitydbegreppet anses vara sammansatt med avseende på affektiva, kognitiva och handlingsmässiga komponenter.

Samma författare definierar en attityd som ett inlärt relativt varaktigt system av värderande och affektiva reaktioner till individer eller grupper av individer. De avvisar uppfattningen att attitydbegreppet är mångdimensionellt och sammansatt av flera komponenter. Detta förespråkas emellertid av andra såsom Secord (153), Fishbein och Ajzen (51), McTavish (129) och Tornstam (180) som menar att en attityd består av en kunskapskomponent, en känslöskomponent och en handlingskomponent. Shaw och Wright hävdar däremot att dessa komponenter är tre separata dimensioner. De menar att attitydbegreppet endast bör användas för den känslömässiga komponenten. Definitionen av attitydbegreppet varierar således och vid forskning används olika definitioner.

I den undersökning som skall presenteras här utgick man från uppfattningen att attitydbegreppet är mångdimensionellt och innefattar alla tre komponenterna, d v s grundläggande kunskaper – vad man vet eller tror sig veta – om äldre, känslor gentemot äldre människor samt en beredskap att handla i situationer där äldre berörs. Samtliga dessa komponenter inverkar på förutsättningarna för att göra observationer, samla in andras iakttagelser och genomföra omvårdnaden av äldre. Det är givetvis dock först när attityderna omsätts i handlingar som genomslagskraften kommer att manifesteras.

En modell för attitydstudier som har föreslagits av Fishbein och Ajzen presenteras i figur 5. Det är den modell som valdes att utgöra grunden för denna undersökning. Modellen innefattar fyra distinkta komponenter som antas påverka varandra. Kunskap (cognition) representerar tolkningen av verifierbara fakta om något visst objekt. Fishbein och Ajzen använder uttrycket knowledge/belief. Känslor (affect) betecknar en persons känslor för eller emot objektet. Känslokomponenten betraktas ibland som synonymt med begreppet attityd. I det här arbetet används uttrycket känslor för denna komponent och uttrycket attityder som det övergripande begreppet. Handlingsberedskap (conative intentions) hänförs till hur troligt det är att en person skall genomföra olika handlingar. Handling (conation) innebär det observerbara resultatet av de tidigare komponenterna.



Figur 5 Schematisk framställning av relationen mellan kunskap, känslor, handlingsberedskap och handlingar efter Fishbein och Ajzen (51)

De undersökningar av attityder till äldre som genomförts av Tornstam anknäver huvudsakligen till kunskapskomponenten i denna modell. Han har dock även publicerat studier med inriktning mot känslokomponenten och handlingskomponenten (184,185). Tornstam (179) har också påpekat vikten av att studera attityder på olika nivåer och klargöra om det är individnivå, gruppnivå eller samhällsnivå som studeras. Inom ramen för det här arbetet är det gruppnivån som avses.

7.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Avsikten med denna del av arbetet var att genomföra en explorativ undersökning för att besvara frågan om vilka attityderna till äldre är bland sjuksköterskestuderande och sjuksköterskor. En avgränsning gjordes till följande två frågor, nämligen:

- Vilka studier av attityder till äldre har utförts i den här aktuella målgruppen?
- Kan de tre olika attitydskomponenterna kunskap, känslor och handlingsberedskap studeras separat och finns det något samband mellan dem?

7.3 MATERIAL OCH METOD

Litteratursökningen avgränsades till publicerade studier av attityderna till äldre hos sjuksköterskestuderande och sjuksköterskor. Eftersom attitydbegreppet kommit att användas med skiftande innebörd ställdes kravet att man skulle kunna urskilja vad som hade studerats med utgångspunkt från den här valda modellen.

Olika undersökningar inom området insamlades genom manuell och databaserad litteratursökning. Den senare genomfördes via MEDLINE sökningssystem, vars databas MEDLARS även inkluderar International Nursing Index, samt SPRI LINE. Sökningen gjordes avseende arbeten under åren 1982–1986. Även tidigare studier av intresse framtoqs genom en manuell sökning vid forskningsbiblioteken vid King's Fund Center och Royal College of Nursing i London. Genom den manuella sökningen har artiklar från och med slutet av 1960-talet uppfångats. Den svenska litteraturen inventerades även manuellt.

Materialet till den empiriska studien insamlades under en tolv-månadersperiod åren 1984-1985 inom Uppsala högskoleregion. Det utgjordes av samtliga sjuksköterskestuderande i kurs B inom hälso- och sjukvårdslinjen och samtliga legitimerade sjuksköterskor som påbörjat utbildning i öppen hälso- och sjukvård. De senare hade minst två års yrkestjänstgöring. Vidare ingick varannan tjänstgörande distriktssköterska enligt socialstyrelsens då aktuella förteckning över tjänstgörande distriktssköterskor som upptog 816 namn. Från detta register sorterades de personer bort som hunnit gå i pension. Totalt kom materialet att utgöras av 721 personer, varav 275 sjuksköterskestuderande, 78 legitimerade sjuksköterskor och 368 aktiva distriktssköterskor.

Undersökningen genomfördes i form av en enkät där ett frågeformulär användes. Det utformades med syftet att belysa de tre delkomponenterna i attitydbegreppet. Formuläret bestod av två tidigare utprövade instrument och ett antal nykonstruerade frågor. Konfidentiell behandling av frågeformulären garanterades.

För att undersöka den kunskapsmässiga och den känslomässiga komponenten valdes instrument, vilka har sökt att särskilja dessa. De instrument som valdes var Tornstams kunskapstest om äldre och Kogans Old People (OP) Scale.

Tornstams kunskapstest (181,183) är konstruerat efter förebild av ett amerikanskt kunskapstest av Palmore (137) och omfattar 26 faktapåstående som finns dokumenterade i svensk eller utländsk forskning. Testets reliabilitet och validitet har ingående diskuterats av konstuktören som också hävdar att det är tillförlitligt (181).

Syftet med denna typ av kunskapstest är enligt dess ursprunglige upphovsman Palmore att kunna klargöra missuppfattningar om den äldre åldersgruppen, mäta bias eller effekter av erfarenheter i olika gerontologiska sammanhang. Palmores kunskapstest har kommit att bli använt i drygt ett fyrtiotal olika studier (138).

Motiveringen till att välja det här kunskapstestet var dels att det var det enda publicerade och utprövade instrumentet i sitt slag i Sverige, dels att det därmed förelåg ett jämförelsematerial från en normalpopulation. Kunskapstestet presenteras närmare i bilaga 2:3.

Det andra instrumentet, Kogans OP-skala, avser att mäta den känslomässiga komponenten (102). Det består av två skalor, en för känsloreaktioner gentemot äldre i positiv riktning och en i negativ riktning. Instrumentet valdes därför att det använts i majoriteten av tidigare genomförda studier av attityderna till äldre bland sjuksköterskor eller studerande.

Instrumentet är utformat som en Likert-skala. Såväl sjugradiga som femgradiga skalor har använts vid tillämpningen. I denna undersökning valdes den femgradiga skalan. Gradering av svaren

skedde från 1 till 5. OP-skalan består av 17 matchade positiva och negativa påståenden om äldre. Det högsta värdet, 5, gavs för starkast instämmande på den positiva skalan. På den negativa skalan graderades det starkaste avståndstagandet med 5.

Kogans instrumentet har reliabilitets- och validitetstestats i andra studier. Reliabilitetskoefficienter för de positiva påståendena har redovisats varierande mellan 0,66 och 0,77 och för de negativa påståendena mellan 0,73 och 0,78 (102,103). Innehållsvaliditeten har redovisats som god (157). Prediktiv validitet befanns vara tillfredsställande vid jämförelsen med ett annat instrument (159). Wells beskrev skalan som användbar för att mäta attitydförändringar (189). Eftersom den inte fanns i svensk översättning gjordes en sådan som granskades av ett par tvåspråkiga personer som arbetade oberoende av varandra. Kogans OP-skala presenteras närmare i bilaga 2:4.

För handlingskomponenten konstruerades särskilda frågor eftersom något redan utprövat instrument inte kunde återfinnas. Frågorna bestod av hur man ansåg att man brukade handla mot äldre i olika omvårdnadssituationer och presenteras i bilaga 2:5. Samma skala som i Kogans instrument användes. Det högsta värdet kunde således bli 5. Utöver de fem skalstegen fanns en möjlighet att markera frånvaro av praktisk erfarenhet och därmed att avstå från svar.

Skalornas reliabilitet prövades i det här materialet genom beräkning av Cronbachs alfa-koefficient (128). Skillnader mellan de studerade grupperna prövades med t-test (27).

7.4 RESULTAT

Redogörelsen för resultaten görs först med utgångspunkt i litteraturgenomgången och därefter beskrivs den empiriska studien.

7.4.1 Litteraturstudien

Intresse för sjuksköterskestuderandes och sjuksköterskors attityder i olika avseenden hade visats utomlands i flera publicerade undersökningar. Attityderna till äldre hade därvid blivit förhållandevis mycket uppmärksammade. Litteratursökningen resulterade däremot inte i några sådana studier publicerade i vårt land. Med andra inriktningar har dock attityder studerats i samma målgrupp. Inom ramen för ett svenskt avhandlingsarbete studerades exempelvis

bland andra 19 sjuksköterskors attityder till stroke-patienter och slutsatsen drogs att utbildningsinsatser kunde påverka personalens attityder till dessa patienter i en positiv riktning (69).

I tabell 14 redovisas sammanställningen av de studier som framtagits. Samtliga hade publicerats i USA, Kanada eller Storbritannien.

Coe drog redan år 1967 slutsatsen att de negativa och stereotypa attityder mot äldre som han funnit i en undersökning av några olika yrkesgrupper, däribland sjuksköterskor, måste modifieras innan man på ett effektivt sätt skulle kunna påverka kvaliteten på vården av äldre. Det visade sig också att flertalet av undersökningarna därefter inriktades mot försök att påverka attityder genom utbildningsinsatser beträffande teoretiskt innehåll eller den kliniska praktiken.

Gunter redovisade i sin studie av sjuksköterskestuderandes attityder att dessa kunde påverkas genom en fördjupad undervisning om det normala åldrandet ur ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv. En förändring mot mer positiva attityder visade sig vara en effekt av de gjorda utbildningsinsatserna men däremot inte motsvarande intresse för att praktiskt vilja ge vård åt äldre. Hon fann även ett positivt samband mellan de sjuksköterskestuderandes och deras lärares attityder till äldre. Slutsatsen drogs att lärarrollen var avgörande för utveckling av de studerandes attityder till äldre och att utbildningseffekterna var avhängiga av lärarnas kunskap, entusiasm och undervisningsskicklighet i omvårdnad av äldre patienter. Till ett liknande resultat kom Wilhite och Johnson.

Brower fann i ett stort material att majoriteten av sjuksköterskorna inte hade någon egentlig utbildning i gerontologi. Även hon redovisade att det fanns ett positivt samband mellan sjuksköterskestuderandes och deras lärares attityder till äldre. Vidare var de sjuksköterskor som tillbringade minst 75 procent av sin tid i vården av äldre mer negativa än de som behövde ägna endast liten tid åt denna patientgrupp. Det senare resultatet visade även Smiths undersökning, d v s sjuksköterskor med minst erfarenhet av äldre patienter var mer positiva än de som hade stor kontakt med dessa patienter.

Robb undersökte effekten av en speciell kurs i gerontologi beträffande kunskapsinriktningen samt handlingsberedskapen hos en grupp sjuksköterskestuderande. Hon fann att den senare komponenten påverkats signifikant i en positiv riktning medan någon sådan skillnad inte förelåg för den första komponenten. Greenhill och Baker undersökte kunskapskomponenten och känslokomponenten för att utröna effekten av olika typer av klinisk praktik. De kunde inte finna att typ av praktikerfarenhet förklarade skillnader i sjuksköterskestuderandes attityder. Cook och Pieper redovisade mer

TABELL 14 Redovisning av studier kring attityder till äldre genomförda i USA, Kanada och Storbritannien

Författare	Årtal	Instrument	Urval
Coe (26)	1967	Ostrukturerat frågeformulär	Sjuksköterskor (del av större urval)
Campbell (21)	1971	Strukturerat frågeformulär (Tuckman-Lorge)	165 sjukvårdspersonal bl a sjuksköterskor
Gunter (61)	1971	Strukturerat frågeformulär (Tuckman-Lorge)	162 sjuksköterskestuderande på universitetsnivå
Gillis (57)	1973	Strukturerat frågeformulär med 48 påståenden	86 utbildade och utbildade bland sjukvårdspersonal
Feldbaum, Feldbaum (49)	1975	Strukturerat frågeformulär	3942 sjuksköterskestuderande och 5300 sjuksköterskor
Kayser, Minnigerode (99)	1975	Strukturerat frågeformulär (Tuckman-Lorge)	311 sjuksköterskestuderande på universitetsnivå
Wilhite, Johnson (193)	1976	Strukturerat frågeformulär (Tuckman-Lorge)	80 sjuksköterskestuderande på universitetsnivå
Futrell, Jones (54)	1977	Kogans OP-skala	75 sjuksköterskor (del av större urval)
Hatton (73)	1977	Kogans OP-skala, observation	7 sjuksköterskestuderande
Taylor, Harned (171)	1978	Kogans OP-skala	71 sjuksköterskor
Fielding (50)	1979	Semantiska differentialskalor, Kogans OP-skala	40 patienter och 22 sjuksköterskor

forts.

Tabell 14 – fortsättning

Författare	Årtal	Instrument	Urval
Robb (149)	1979	Fem strukturerade frågeformulär bl a Kogans OP-skala	59 sjuksköterske-studerande
Devine (37)	1980	Opinions About People Scale	97 sjukvårdspersonal bl a sjuksköterskor
Wells (189)	1980	Kogans OP-skala	18 sjuksköterskor
Brower (17)	1981	Kogans OP-skala	581 sjuksköterskor
Hooper (83)	1981	Kogans OP-skala, semantisk differentialskala	63 sjuksköterske-studerande
Olsen (135)	1982	Strukturerat frågeformulär	100 sjuksköter-studerande
Smith m fl (164)	1982	Kogans OP-skala	55 sjuksköterskor, undersköterskor, sjukvårdsbiträden
Mercandante (131)	1983	Kogans OP-skala	180 sjuksköterske-studerande
Cook, Pieper (28)	1985	Strukturerat frågeformulär	70 sjuksköterske-studerande
Downe-Wamboldt, Melanson (41,130)	1985	Opinions About Old People Scale	30 sjukgymnaststude- och 122 sjuksköter-skestuderande
Chandler m fl (25)	1986	Kogans OP-skala, Palmores instrument	101 sjukvårds-personal varav 10 sjuksköterskor
Greenhill, Baker (60)	1986	Kogans OP-skala, Palmores instrument	78 sjuksköterske-studerande
Langland m fl (113)	1986	Kogans OP-skala	50 sjuksköterskor

negativa attityder hos sjuksköterskestuderande efter klinisk praktik på ålderdomshem än före denna.

Campbell fann att sjuksköterskor med längst utbildning hade mindre negativa attityder till äldre än de med kortare utbildning men att de med längst utbildning prioriterade praktiskt arbete med äldre lägre. Kayser och Minnigerode som undersökte attityder i relation till ålder, utbildning och olika specialiteter fann att arbete med äldre prioriterades lågt. Även Feldbaums studie av ett stort urval sjuksköterskor och sjuksköterskestuderande i USA hade visat att vården av äldre prioriterades lägst och att de som ändå föredrog att arbeta bland äldre oftast tillhörde någon etnisk minoritetsgrupp. Gillis fann också liknande resultat men att attityderna var mest positiva under de allra första åren av yrkesverksamheten för att sedan utbytas mot en negativ utveckling som bröts först efter en yrkesverksamhet på minst nio år. Futrell och Jones konkluderade i en studie att ju äldre och mer välutbildade sjuksköterskorna var desto mer positiva attityder hade de. Samtidigt var de inte särskilt intresserade av att arbeta med äldre patienter.

I ett par brittiska studier av Fielding och Wells undersöktes attityderna till äldre med användande av Kogans instrument. I bägge studierna är urvalet litet och inga säkra slutsatser drogs. Olsen visade att en grupp kanadensiska sjuksköterskestuderande hade positiva attityder till äldre men negativa sådana till sitt eget åldrande. Taylor och Harned visade att de som var äldre och mer erfarna som sjuksköterskor hade mer negativ inställning till äldre än de yngre och med mindre erfarenhet. Samtidigt visades att de som arbetade inom geriatriska vårdavdelningar i allmänhet var positiva mot äldre.

I Smiths studie av attityder till äldre bland sjukvårdspersonal inom psykiatrisk vård framkom oväntat positiva resultat beträffande den känslomässiga komponenten. Smith jämförde även prioriteringen av olika typer av arbetsmoment vid vården av äldre och kom fram till att den uppgift som föredrogs mest var utskrivningen från avdelningen, men den ägnades minst tid. Sjuksköterskor visade sig också vara mer positiva än undersköterskor och sjukvårdsbiträden när det gällde vården av äldre patienter. Studien redovisade en dålig kunskap om äldre hos alla tre grupperna.

I en studie publicerad 1986 av Chandler m fl hade ett försök gjorts att studera om man kunde finna ett samband mellan kunskapskomponenten, mätt med Palmores instrument och känslomässiga komponenten, mätt med Kogans OP-skala. De fann inte något sådant signifikant samband. Även Robb påpekade att hon i sitt material inte kunnat finna samband mellan känslomässiga komponenten och handlingsberedskap.

Att undersökningarna givit motsägande resultat kan ha flera förklaringar. I flertalet har attitydbegreppet inte definierats eller också har det beskrivits endast i en allmän betydelse, varför man i praktiken kan ha kommit att studera endast någon eller några av attitydbegreppets tre komponenter. Det kan därför föreligga en blandning av frågor som berör olika dimensioner vilket ej blivit tillräckligt tydliggjort. Det kan nämnas att vid granskningen av andra än de här redovisade studierna med rubriker hänvisande till attityder till äldre, hade ibland helt andra variabler faktiskt kommit att bli studerade.

Urvalet varierar i storlek men är ofta litet. De flesta undersökningarna hade inriktats på sjuksköterskestuderande. Det kan finnas flera orsaker till detta. En kan vara att studerandegrupper är relativt lätt tillgängliga att erhålla data ifrån. En annan att man velat mäta effekten av olika utbildningsprogram som initierats på grund av rapporter om negativa attityder till äldre i samhället och bland sjuksköterskor.

I undersökningarna användes olika mätmetoder och instrument. Som framgår av tabell 14 har Kogans OP-skala använts sedan mitten 1970-talet. Det är ett av de få utprovade instrument som funnits att tillgå, men även Tuckman och Lorges och Palmores instrument samt Ontario Welfare Scale hade använts. Det sistnämnda har inte påträffats publicerat i sin helhet. I några studier hade semantiska differentialskalor konstruerats eller egna frågebatterier utformats. Observation hade tillämpats i en studie.

Resultatet av litteraturstudierna har sammanfattats så här:

- Attityder till äldre har varit föremål för studier bland sjuksköterskor och sjuksköterskestuderande utomlands. Dessa studier har enbart inriktats mot sjuksköterskor inom slutna vårdformer. Attityder med en negativ tendens rapporterades oftare i studierna än motsatsen. Även om positiva attityder hade redovisats rapporterades i några studier liten benägenhet att vilja vårda äldre.
- Attitydbegreppet var inte entydigt tolkat, vilket medför svårigheter att avgöra vad som verkligen har kommit att bli studerat. Det senare är en svårighet inom attitydforskningen överlag.
- Olika instrument hade använts. Det mest utprovade och tillämpade var Kogans OP-skala.

- Särskild utbildningsplanering, lärarnas kunskaper inom ämnesområdet samt deras engagemang i vården av äldre, påverkade attityderna hos de studerande i en positiv riktning.
- Skälet att undersöka attityderna angavs i flera studier vara bekymmer över kvaliteten på den vård som många äldre fått samt svårigheter att rekrytera kompetent personal.

7.4.2 Den empiriska studien

En sammanlagd svarsfrekvens på 81 procent erhöles. Den var för de sjuksköterskestuderande 83 procent, för de legitimerade sjuksköterskorna 90 procent och 77 procent för distriktssköterskorna.

Bortfallet för de sjuksköterskestuderande och legitimerade sjuksköterskorna kan förklaras av frånvaro från undervisningen vid det tillfälle då frågeformulären delades ut eller glömska att lämna tillbaka det. Något systematiskt bortfall kunde inte spåras på de olika skolorna. Bortfallet var något större för gruppen distriktssköterskor. Efter två skriftliga påminnelser och ytterligare ett brev angående uteblivet svar visade det sig att fem personer bland dem inte ville delta, 39 hade övergått till annan verksamhet och 41 bytt tjänstgöring eller flyttat till annan ort utom regionen eller utomlands. Brev returnerade med markering "adressaten okänd" räknades in i den senare gruppen.

Drygt 93 procent av samtliga respondenter utgjordes av kvinnor. Medelåldern för de sjuksköterskestuderande var 24,0 år, för de legitimerade sjuksköterskorna som påbörjat utbildning i öppen hälso- och sjukvård 37,5 år samt 44,5 år för distriktssköterskorna.

De olika attitydkomponenterna redovisas separat med början i kunskapskomponenten för vilken Tornstams kunskapstest hade använts. Av tabell 15 framgår fördelningen på de tre olika gruppernas medelvärden av korrekta svar samt förhållandet mellan skönmålande respektive svartmålande felaktiga svar.

I hela materialet hade 33 procent besvarat frågorna med hälften rätt eller mindre medan 6,5 procent kunde svara rätt på 75 procent eller mer. Medelvärdet var 14,7 rätta av 26 möjliga. De tre studerade gruppernas medelvärden för korrekta svar skiljer sig sinsemellan relativt litet åt vilket också framgår av tabell 15. Skillnaderna var inte statistiskt signifikanta.

Reliabilitetskoefficienten för testet var 0,49. Tornstam bildade en kvot av felsvaren för att kunna göra jämförelser mellan olika grupper med avseende på skönmålande inkorrekta svar (n=11) och svartmålande inkorrekta svar (n=14). Denna kvot ger information

TABELL 15 Tornstams kunskapstest angivet som medelvärde av antalet rätta svar och kvoten av skönmålande respektive svartmålande felaktiga svar fördelade efter svars-kategorier

Svarskategori	Korrekta svar		Skön/svartmålande felsvar		Antal respon-denter
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
Sjuksköterske-studerande	14,4	3,0	0,57	0,54	228
Legitimerade sjuksköterskor	15,1	4,5	0,56	0,70	70
Distrikts-sköterskor	14,9	2,7	0,63	0,65	283
Hela materialet	14,7	3,09	0,58	0,62	581

huruvida okunnigheten inneburit en överskattning av äldres förhållanden eller en underskattning, d v s avspeglade okunnighet som ger en mörkare bild än verkligheten innebär.

I detta material beräknades en sådan kvot i likhet med vad som redan hade tillämpats i en normalpopulation (181). Ju högre kvoten är desto mer skönmålande tenderar okunskapen att vara. Tornstam framhöll att en sådan kvot inte är ett uttryck för en absolut innebörd utan måste granskas i ett relativt sammanhang där olika grupper kan jämföras.

En slumpmässig fördelning av felsvaren skulle ge kvoten $11/14 = 0,79$. Kvoten för samtliga studerade grupper ligger under detta värde. Det innebär att okunnigheten visar en tendens till att ge en mörkare bild än verkligheten. Av tabellen framgår att skillnaden mellan grupperna är obetydlig. Distriktssköterskornas felsvar har en tendens till mindre grad av svartmålning men skillnaderna mot övriga grupper är inte statistiskt signifikant.

Den känslomässiga komponenten, för vilken Kogans instrument användes, redovisas i tabell 16. Reliabilitetskoefficienten för den svenska versionen visade sig vara väl i överensstämmelse med vad som redovisats för den engelska versionen, nämligen 0,79.

TABELL 16 Kogans OP-skala efter medelvärde på positiva och negativa items fördelade efter svarskategorier

Svarskategori	OP positiva items		OP negativa items		Antal respondenter
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
Sjuksköterske-studerande	3,74	0,49	3,96	0,60	228
Legitimerade sjuksköterskor	3,94	0,38	3,90	0,52	70
Distrikts-sköterskor	3,92	0,40	3,99	0,51	283
Hela materialet	3,85	0,44	3,96	0,55	581

TABELL 17 Handlingsberedskap vid omvårdnad av äldre uttryckt som skalmedelvärde fördelat efter svarskategorier

Svarskategori	Handlingsberedskap		Antal respondenter
	$\bar{x}$	SD	
Sjuksköterske-studerande	3,29	0,30	228
Legitimerade sjuksköterskor	3,39	0,29	70
Distrikts-sköterskor	3,45	0,28	283
Hela materialet	3,38	0,30	583

Några statistiskt signifikanta skillnader mellan de tre grupperna föreligger inte.

Handlingsberedskap redovisas i tabell 17. Reliabiliteten var för denna skala var inte lika tillfredsställande men ändå acceptabel med en koefficient på 0,59. Ej heller här fanns statistiskt säkerställda skillnader mellan de tre grupperna.

Sambandet mellan de tre komponenterna mätt med Pearsons korrelationskoefficient var svagt. Tornstams kunskapstest visade en korrelation med Kogans OP-skala på 0,05 och med handlingskomponenten på 0,35. Korrelationen mellan OP-skalan och skalan för handlingsberedskap var högre med ett värde på 0,48.

7.5 DISKUSSION

7.5.1 Litteraturstudien

Litteraturstudien visade med tydlighet svårigheten att dra några säkra och entydiga slutsatser av de redovisade undersökningarna. Metodproblemen är uppenbara. Olika egenskaper kan ha mätts eftersom attityder är en dold egenskap hos människor och begreppet inte har en entydig definition. Validiteten kan därför framförallt behöva diskuteras och prövas i kommande arbeten inom området. Mätinstrumenten är givetvis av betydelse för att studera hur väl det mäter det som avses att studeras. Inte i några studier hade angivits försök till kontroll av respondenternas svar som uttryck för social önskvärdhet snarare än det ärliga svaret. Det vore en intressant fråga att behandla vid en fortsatt metodutveckling.

De flesta studierna hade små material och varierande mätmetoder hade använts. Dessutom hade de genomförts i andra länder och med olika kulturer. Det medför att entydiga slutsatser varit svåra att komma fram till på grundval av attitydstudierna. Tendensen i resultaten visar dock på att de grupper som undersökts övervägande haft attityder som pekat i en negativ riktning. Det är intressant att, inom ramen för det här arbetet, konstatera att just utskrivningen av äldre i Smiths studie redovisades som den uppgift som föredragits mest i samband med äldres vård, men samtidigt ägnades minst tid. Det kan tolkas som att man känt en lättnad när en äldre patient skrivits ut. Kanske kan även en viss vanmakt att vara till verklig hjälp skönjas eller kan det vara så att utskrivningen inte fått tillräcklig uppmärksamhet?

Litteraturgenomgången gav flera exempel på att undervisningens utformning och lärares egenskaper påverkar attityderna hos de studerande. Det innebär att vårdutbildningarna har en betydelse för

vilka attityder till äldre som grundläggs hos blivande sjuksköterskor.

7.5.2 Den empiriska studien

Resultatet av den empiriska studien gav en kunskap om de studerade gruppernas attityd till äldre inom det aktuella undersökningsområdet eftersom de utgjorde ett totalt respektive slumpmässigt urval vid tiden för den aktuella undersökningen. Resultatet måste dock tolkas med hänsyn till att svar kan ha givits som en följd av det man trott är önskvärt att svara, vilket kan ha påverkat utfallet.

Beträffande kunskapskomponenten hade tidigare redovisats en kvot för den okunnighet som tenderar att skönmåla eller svartmåla äldre i en normalpopulation som var 0,46 och ett medelvärde för korrekta svar som var 13,59 (181). I det material som här studerats framkom att resultatet endast var litet högre än i normalpopulationen. Tornstam hade funnit att landstingsanställda inom långvården genomsnittligt sett var okunnigare än respondenterna i normalbefolkningen. Så var emellertid inte fallet för de här studerade grupperna. Vidare fann han att levnadsåldern mer än någon annan bakgrundsvariabel förklarade skillnader i kunskaperna om äldre. Resultatet i den här studien motsäger inte heller detta eftersom den grupp som hade lägst medelålder (24 år) visade en tendens till större okunnighet än i de båda andra grupperna med högre medelålder. De studerande hade heller inte avslutat sin grundläggande yrkesutbildning.

Samtliga grupper visade en mer skönmålande tendens vid okunnighet än vad som framkom i den normalpopulation vilken tidigare hänvisats till. Det senare kan tolkas som att de nu undersökta grupperna i jämförelse med en bredare allmänhet visat sig vara något mer positiva till äldre.

Den känslomässiga komponentens värde kunde som högst bli 5. Ju högre medelvärde på de positiva och negativa påståendena i Kogans OP-skala desto mer positiva känslor mot äldre föreligger. Även för denna komponent är de tre olika gruppernas resultat relativt lika och anger en positiv riktning om än inte särskilt uttalad.

Handlingsberedskap är enligt Fishbein den komponent som bäst predicerar de aktiva handlingarna i praktiken. Högre värden anger bättre handlingsberedskap. Även här var det högsta möjliga värdet 5. Här uppvisade distriktssköterskorna och de legitimerade sjuksköterskorna högre medelvärden än de studerande.

På instrumentet för handlingskomponenten fanns möjlighet att markera avsaknad av erfarenhet. De sjuksköterskestuderande som

oftast var unga människor hade som regel ändå tidigare haft sjukvårdspraktik och då kommit i kontakt med äldre. Vid några frågor har denna möjlighet använts av de sjuksköterskestuderande vilket markerar att de inte kunnat ge ett svar.

Enligt Fishbein och Ajzens modell borde det föreligga ett samband mellan de tre komponenterna. Kunskapskomponenten och känslokomponenten visade mycket svagt samband. Det kan givetvis förklaras av att positiva känslor kan föreligga av annat skäl än kunskaper om äldre. Tornstams kunskapstest, som ju har karaktären av frågelek efter Palmores modell, kan även vara alltför litet utslagsgivande som mätmetod.

Resultatet av den tidigare nämnda studien av Chandler, som visade ett bristande samband mellan Palmores test och Kogans OP-skala, tyder också på att denna typ av kunskapstest är alltför svagt för att användas annat än i pedagogiska sammanhang eller för att identifiera felaktiga föreställningar om äldre. Invändningar kan således göras mot testet, vilket Tornstam själv diskuterat. Däremot har han inte behandlat att de fakta som utgör underlaget för frågorna kan kritiserar, eftersom de baserar sig på olika studier där åldersgränserna av gruppen äldre skiftat. En slutsats blir att ett nytt kunskapstest behöver skapas för att på ett mer tillförlitligt sätt kunna tjäna som underlag för en kunskapskomponent vid mätning av attityder till äldre hos den specifika grupp som här avsetts.

Trots denna slutsats kan det ändå tänkas att kunskapsfaktorer skulle kunna förändra känslorna i någon riktning, negativ eller positiv, vilket ju också framhållits som resultat i tidigare studier.

Beträffande kunskapskomponentens samband med handlingskomponenten förelåg ett sådant men även det var förhållandevis svagt. Förmodligen påverkas handlingberedskapen av aktuell faktakunskap men mellanliggande variabler, som exempelvis organisationsformer eller rolluppfattning, inverkar troligen också i stor utsträckning. Det kan dock från en annan undersökning inom den aktuella högskoleregionen konstateras att utbildningsinnehållet om omvårdnad av äldre hade kvalitetsmässiga brister (14). Brower drog i sin undersökning slutsatsen att rollkonflikter i sjukvårdsverksamheten undergräver tidigare erhållna kunskaper.

Sammanfattningsvis kan sägas att denna studie visat att en kunskapsinriktning mätt med Tornstams kunskapstest endast var obetydligt större än hos allmänheten bland de sjuksköterskestuderande samt de legitimerade sjuksköterskorna och distriktssköterskorna. Mätt med Kogans OP-skala, hos samma grupper, var den känslomässiga inställningen till äldre positiv, dock ej uttalat positiv. Även handlingskomponenten visade ett liknande resultat. Sambandet mellan komponenterna var positivt men inte påfallande starkt. Studien visade att några belägg för "ageism" bland de studerade

grupperna inte kunnat skönjas, snarare möjligen en tendens åt positiva attityder.

Resultatet av studien visade således en ganska neutral inställning för samtliga komponenter hos de studerade grupperna. Det skulle kunna vara en förklaring till resultatet i den föregående delen av det här arbetet, nämligen att det praktiska handlandet i samband med utskrivningen inte särskilt väl tillgodosåg omvårdnadsbehoven hos äldre.

Mätmetoderna har visat sig behöva ytterligare utvecklas vid studier av attityder till äldre. De som har använts i undersökningen var för två av de tre attitydkomponenterna tidigare prövade instrument. Det för kunskapskomponenten i andra sammanhang använda testet konstruerat av Tornstam visade lägst reliabilitet av de mätinstrument som användes i den här studien. Dessutom var sambandet med de övriga komponenterna svagt. Antagligen har det en alltför stor karaktär av gissningslek för att kunna anses motsvara en grupp sjuksköterskors kunskapsinriktning. Ett nytt instrument borde därför utvecklas och prövas. Det är möjligt att utfallet för de här studerade grupperna då skulle bli annorlunda än vad som framkom med en "frågelek" enligt Palmore och Tornstam.

8. Sammanfattande diskussion

I denna rapport presenteras studier av äldre patienters utskrivning från akutsjukhus till det egna hemmet. I centrum för intresset står kontinuiteten i omvårdnaden utgående från dels patienternas perspektiv, dels sjuksköterskornas. Det var patienternas erfarenheter samt dokumentationen i samband med övergången mellan sluten och öppen vård som studerades närmare.

Patientens journal är det huvudsakliga instrumentet genom vilken en överblick av vårdens innehåll kan erhållas. Det gäller även för informationen om den samordning och uppföljning som skett. Vid bristfällig dokumentation kan överblicken av patienternas situation komma att bli svår att uppnå för dem som ansvarar för patienternas vård. Därmed påverkas även kontinuiteten i denna. I avslutning till frågorna om kontinuiteten i omvårdnaden av äldre patienter blev också sjuksköterskornas attityder till äldre av intresse att studera närmare med tanke på vilken tonvikt som man ger olika praktiska aspekter av äldres behov av omvårdnad.

8.1 SAMMANFATTNING AV STUDIerna

Fem frågeställningar ställdes i arbetet. Den sist ställda frågan var just vilka attityder till äldre som finns bland blivande sjuksköterskor och sjuksköterskor. De övriga frågorna handlade om huruvida äldre patienter hade mött problem med inriktning mot omvårdnaden i samband med utskrivningen från akut somatisk korttidsvård och vilken information om en patients omvårdnad som hade överförts från vårdavdelning till distriktssköterska i patientens sjukvårdsdistrikt. En annan fråga var om ett systematiskt och strukturerat informationssystem skulle ge mer information om omvårdnad än de redan befintliga och mer ostrukturerade formulären samt slutligen även frågan i vilken utsträckning som sjuksköterskors bedömning av patienternas omvårdnad stämmer överens.

Den problemsökande studien visade att distriktssköterskorna rapporterade att kommunikationen mellan akutsjukvården och primärvården ofta brister. Diskontinuitet i för en patient viktiga omvårdnadsåtgärder kunde därför uppkomma. Trots att äldre patienter uppfattades som en stor och insatskrävande grupp kunde någon form av handlingsprogram för dem inte presenteras, vilket däremot kunde anges för barna- och mödravård.

I den undersökning som därefter genomfördes av 100 patienters utskrivning från akutsjukhus framkom att det inte fanns klart formulerade rutiner för patienternas utskrivning. Inte heller där

kunde sjuksköterskorna stödja sig på något handlingsprogram eller klart uttalad viljeinriktning i form av principprogram för äldre patienters vård. Dokumentationen i de undersökta patienternas journaler angående omvårdnaden under den senast aktuella vårdepisoden och planeringen av omvårdnad inför eller efter utskrivningen, var mycket sparsam eller saknades helt.

Många patienter sade sig ha fått besked om hemfärden för sent för att de själva – eller de anhöriga – skulle hinna möta denna situation som de skulle ha velat. Meddelande om patienternas visstelse på och utskrivning från sjukhuset hade inte nått distriktssköterskorna i majoriteten av fallen. I de fall detta skett rörde innehållet ett begränsat antal åtgärder av medicinsk karaktär. Intrycket var att det saknades ett "språk" att förmedla omvårdnaden med på ett mer systematiskt sätt. Distriktssköterskorna visste inte vilka äldre patienter inom deras distrikt som kommit hem efter somatisk akut-sjukvård, ej heller vilka behov av omvårdnad som förelåg under tiden närmast efter utskrivningen. En rad problem angavs av de intervjuade patienterna. De kunde ofta hänföras till bristande kontinuitet i omvårdnaden.

Vid det försök som gjordes att systematiskt meddela distriktssköterskorna om utskrivningen dels med hjälp av de redan befintliga formulären för ändamålet, dels med hjälp av ett mer strukturerat och detaljerat formulär erhöles avsevärt mer information på det senare. De mottagande distriktssköterskorna angav också att dessa varit till mer praktisk nytta än de befintliga och mindre strukturerade.

De strukturerade formulären gav också en mer tillförlitlig information än de befintliga formulären. Således är formen för en skriftlig rapportering mellan de båda vårdnivåerna betydelsefull för vad som kommer att rapporteras och påverkar därmed distriktssköterskornas förutsättning för att bedöma vårdsituationen och ge kontinuitet i eventuella omvårdnadsåtgärder.

Litteraturgenomgången visade att attityderna till äldre bland sjuksköterskor och blivande sjuksköterskor varit föremål för flera studier. De resultat som framkommit var svåra att dra några säkra slutsatser från eftersom begreppet attityd inte varit entydigt. Därmed hade olika innebörd kunnat läggas i det, vilket påverkar möjligheterna till säkra slutsatser. Flera tidigare genomförda studier utomlands pekar mot att ett samband finns mellan undervisningens utformning eller lärares kompetens och de studerandes attityder till äldre. I några studier framkom också att även om sjuksköterskor ger uttryck för positiva attityder till äldre, finns en tendens till liten benägenhet att vilja vårda äldre patienter i jämförelse med andra alternativ.

Huvudresultaten av de genomförda studierna är följande:

- Problem av stor betydelse för en patient kan uppstå i samband med utskrivningen från akut somatisk sjukvård till det egna hemmet och de har inte alltid uppfattats eller åtgärdats och i regel inte dokumenterats.
- Kommunikationen av omvårdnad (i dess direkta bemärkelse) var inte systematiskt genomförd mellan akutsjukvården och primärvården. Därmed fanns inte en garanti för att kontinuitet i omvårdnaden genomfördes mellan de två vårdnivåerna.
- Ett strukturerat formulär för utskrivningsmeddelande gav avsevärt mer information än ett mindre strukturerat formulär.
- När överföring av information om omvårdnad skedde var överensstämmelsen i de gjorda bedömningarna i genomsnitt god, men sämst vad gäller summeringen av omvårdnad och beskrivning av fortsatta behov av omvårdnad eller åtgärder i relation till sådana.
- I samband med de empiriska undersökningarna aktualiserades att man kan få integritets- och sekretessproblem. Sådana problem är en viktig fråga vid tillgodoseendet av kontinuitet i omvårdnaden när olika personer och vårdnivåer är inblandade.
- Attityderna till äldre i en allmän bemärkelse är relativt neutrala men med en viss tendens att vara något mer positiva bland de aktiva sjuksköterskorna än bland sjuksköterskestuderande.

I det följande kommer patienternas uppfattning om kontinuiteten i samband med utskrivningen, överföringen av information om omvårdnaden och frågor kring sekretess, integritet och journalföring att diskuteras.

8.2 PATIENTERNAS UPPFATTNING OM KONTINUITETEN VID UTSKRIVNINGEN

För att bedöma sjukvårdens resultat är givetvis patienternas subjektiva erfarenhet av vården viktig. Sådan erfarenhet är inte nödvändigtvis ett säkert uttryck för vad som faktiskt skett utan mer ett mått på resultatet av olika ansträngningar.

Nära hälften av patienterna beskrev att de haft någon form av svårigheter i samband med utskrivningen eller resan hem. Till stor del gällde det till synes små detaljer vilka dock vållat patienten bekymmer. Vidare uppfattades sjukhusets kontakter med de anhöriga som otillräckliga. Det kan tolkas som om de anhöriga i vissa fall varit ställda utanför vården.

Majoriteten av de intervjuade patienterna hade inte känslan att detaljer efter utskrivningen varit viktiga för vårdpersonalen att sätta sig in i. Det visade sig också att glapp i åtgärder uppstått på grund av att patienter eller anhöriga inte riktigt varit medvetna om hur de skulle förhålla sig till detaljer i vården.

Hjälpmedel fanns att tillgå för patienterna i mycket stor utstäckning. Ändå förekom svårigheter vid användningen av dem som ibland hade krävt en uppföljning.

Ensamhet var ett problem för flera utskrivna patienter. Man måste här uppmärksamma att detta inte är synonymt med att bo ensam. Däremot saknade man någon att diskutera sin situation med eller få hjälp av. Tornstam har talat om ensamhetsmyten och i sina undersökningar kommit fram till att äldre inte är ensamma i högre grad än andra åldersgrupper. En annan undersökning där känslan av ensamhet undersöktes bland äldre visade dock att sådana känslor var vanligare hos personer som bedömde sitt hälsotillstånd som dåligt och som även konsumerade mer öppen vård än de som upplevde att de var vid god hälsa (13). Ett liknande resultat har visats av Genell Andrén (55).

I samband med åldrande och sjukdom måste man ta med i beräkningen att speciella svårigheter kan uppstå och att behoven av hjälp ökar. Eftersom patienterna möter så många olika personalkategorier under en sjukhusvistelse kunde de haft nytta av en person bland vårdpersonalen med ett speciellt ansvar att praktiskt följa och ge stöd i samband med – och även före – utskrivningen. En patients känsla av att vara ensam eller utlämnad i samband med sjukvård skulle då förmodligen kunna påverkas. Sådana kontaktpersoner har under de senaste åren kommit att användas inom vissa vårdformer. I akutsjukvården borde en kontaktperson övervägas för bland andra de äldre patienterna.

Känslorna av ensamhet och beroende fanns hos omkring en tredjedel av de intervjuade. En åtgärd från vårdavdelningarnas sida

för att möta sådana kunde vara att ge en skriftlig information om var och hos vem kontakt kunde nås på sjukhuset. Även namn och telefonnummer till distriktssköterska eller distriktsläkare borde kunna finnas med på en sådan skriftlig information.

Patientfallen som beskrivs i bilagan illustrerar den situation som äldre kan uppleva. En rad detaljer vållade problem och kunde ha undvikits om man planerat för egenvården med avseende på helt kompensatoriska, delvis kompensatoriska eller stödjande/pedagogiska åtgärder. Orems modell kan således ge en struktur för en praktiskt tillämpbar systematik. Modellen utgör också en hjälp att utgå från varje individuell patient.

8.3 ÖVERFÖRING AV INFORMATION OM OMVÅRDNADEN

I den moderna akutvårdssituationen, som ju präglas av stor patientgenomströmning, mycket vårdpersonal kring patienterna och ofta stor tidspress, kan utskrivningen från den slutna sjukvården komma att hanteras som slutet på en vårdepisod snarare än som ett led i varje enskild patients kontinuerliga vård. Det måste vara en av omvårdnadens centrala uppgifter att svara för kontinuiteten i vården. Genom sin nära kontakt med patienterna på vårdavdelningarna kan sjuksköterskorna komma att fylla en viktig överbryggande funktion.

Sjuksköterskor inom flertalet vårdspecialiteter har ansvar för och möjlighet att fortlöpande identifiera, följa och beskriva en patients utveckling av medicinska behov och av omvårdnadsbehov. De åtgärder själva vissa av patienternas behov och förmedlar andra till annan professionell expertis inom vården.

Sättet att förmedla relevant information från en vårdnivå till en annan vårdnivå skiljer sig inte principiellt åt mellan patienter i olika åldersgrupper. I den pediatrika sjukvården har utskrivningen av barn en tradition av noggrann planering. Inom ramen för detta arbete har dock intresset koncentrerats till äldre patienter. Det skedde mot bakgrunden av att dessa konsumerar en övervägande del av den slutna akutsjukvården och att de genom ordinära åldersförändringar kan tänkas vara mer biologiskt och socialt utsatta efter en akut vårdepisod.

Intervjuerna med sjuksköterskorna visade att de var mycket medvetna om utskrivningens betydelse, men att ett övergripande principprogram inte fanns till ledning för patienters utskrivning. Det borde vara ett ansvar för varje klinik att utforma en sådan policy som dessutom kan utgöra ett kriterium för den vårdkvalitet man eftersträvar.

Äldre patienters omvårdnad kan innefatta många olika slags problem. För att kunna anpassa insatserna till de äldres speciella förutsättningar krävs särskilda kunskaper samt en positiv inställning hos den vårdpersonal som de äldre patienterna möter. Coe (26) konstaterade 1967 att sjuksköterskor hade uppfattningen att alla de äldres sociala, psykiska och fysiska behov var viktiga att åtgärda men att ändå endast de fysiska behoven tycktes bli föremål för handlande. Erfarenheterna från dokumentationen av omvårdnaden i den här studien visade samma inriktning. Det kan tolkas så att Coes slutsats fortfarande gäller och att omvårdnaden ofta inte görs tydlig och uttalad vad beträffar andra behov än de fysiska.

Det tycks som om man främst utgick från sjukvårdspersonalens observationer och inte från patienternas egna vid den rapportering av omvårdnaden som fanns bevarad i patientjournalen. Därmed kan för en patient viktiga förutsättningar för den egna vården komma att förbigås eller aldrig kommuniceras vidare. Sådana förutsättningar kan utgöras av de detaljer som är mindre uppenbara och därmed inte kommit att betonas.

Nyligen har i ett annat arbete brister i vårdpersonalens förmåga att avgöra patienternas behov av information påvisats (48). I det här arbetet har också samma problem visat sig vara uttalat. Såväl intervjuerna med patienterna, distriktssköterskorna och den granskade dokumentationen av omvårdnad visar att insatser bör vidtas för att ge ökade förutsättningar för en förbättrad information utformad för varje patients egna behov.

Det visade sig också att vid användningen av ett mer strukturerat utskrivningsformulär framkom betydligt mer information om exempelvis patienternas förmåga till kontakt och kommunikation eller förekomst av sensoriska funktionshinder, än vid användning av de befintliga, mindre strukturerade, formulären. Det innebär att sjuksköterskorna har mer information om patienternas olika förutsättningar att tillgodose detaljer i vården om sig själva än som i regel överförs vid dokumentationen. Den modell som Orem utvecklat skulle kunna ge ett stöd för dokumentation av omvårdnadens olika aspekter med utgångspunkt i patienternas förmåga till egenvård.

Trots att skriftlig dokumentation inte varit ett åliggande för sjuksköterskor inom offentlig vård förrän från och med år 1986 har sjuksköterskorna dokumenterat vård långt före detta datum. Det har skett genom kardexsystemet, olika övervakningslistor samt rapportering mellan olika tjänstgöringsskift.

Den dokumentation som framkom i denna undersökning visade att såväl systematisk tradition som en teoretisk modell för omvårdnad tycks ha saknats i praxis. Det gör att den kunskap och den

erfarenhet som sjuksköterskorna själva haft, eller genom sina medarbetare fått kunskap om, inte kan göras åtkomlig retrospektivt på ett objektivt sätt. En dokumentationsanalys kan därför inte tillförlitligt spegla vad som verkligen skett vid omvårdnadsarbetet. Där emot kan konstateras att den information som bevarats i patienternas journalhandling var ofullständig och inte gav uttryck för att patienten kommit att utgöra en del av vårdsystemet. Inte i något fall gav dokumentationen belägg för att man uppmärksammat patienternas önskemål eller synpunkter eller försökt att förmedla dessa.

Det synsätt på omvårdnad, som tidigare talats om i kapitel 2, har kommit mycket litet till uttryck i de anteckningar som ändå arkiverats i form av patientrapportblad. Dessa kan således inte anses ha överfört information om omvårdnaden till andra berörda befattningshavare. Givetvis säger de heller inget om den omvårdnad som faktiskt har skett – ofta säkert med både god kvalitet och goda resultat i många avseenden.

I avsaknad av tradition och vana att dokumentera omvårdnadens förutsättningar och resultat kan det vara lätt att endast information av yttlig karaktär dokumenteras eller – i brist på en bärande referensram – att omvårdnadens grundläggande komponenter inte kommer med. Det blir då en kvalitetsaspekt som brister och som för äldre och sköra människor kan ge upphov till otrygghet och förhindra att optimalt resultat av omvårdnadsinsatserna uppnås.

I det här arbetet har framkommit att äldre patienters utskrivning på de studerade vårdavdelningarna ofta inte kom till distriktsköterskornas kännedom och att behov och åtgärder relaterade till omvårdnad kommunicerades i mindre grad än medicinsk behandling. Ett strukturerat utskrivningsmeddelande gav större informationsmängd än de befintliga, mindre strukturerade. Eftersom samstämmigheten i olika sjuksköterskors bedömning visade sig vara lägst beträffande beskrivning av omvårdnad finns en svaghet beträffande användbarhet i praxis, vilket utgör ett incitament för förbättringar i detta avseende.

En garanti bör finnas för ett meddelande till distriktssköterska i samband med utskrivning. Ett sätt är skriftlig sådan. Att fylla i formulär får givetvis inte bli ett självändamål men kan vara ett användbart redskap om det ger kvalificerad information. Många sjuksköterskor anser dock att de inte vill syssla med mer pappersarbete. De har då förmodligen inte tänkt igenom vilken typ av sådant pappersarbete som de utför och vilken relevans det har till den huvudsakliga arbetsuppgiften, nämligen omvårdnad. Det har ju visat sig att det är just inom denna som det brister mest.

Genom att använda olika informationsinstrument vid omvårdnaden av patienterna uppstår inte en absolut garanti för en god praktisk vård. Ett instrument representerar ändå en garanti för att vissa betydelsefulla data görs tillgängliga som sedan kan utgöra en bas för hur en god och trygg vård kan fortsättas. Ett skriftligt utskrivningsmeddelande – med adekvat information – i samband med äldre patienters utskrivning till hemmet är en förutsättning för att distriktssköterskorna skall kunna ge kontinuitet i vården.

8.4 KONTAKTSJUKSKÖTERSKOR

Patienternas situation i samband med utskrivning från akutsjukhus innebär en nästan outtömlig variation av kontakter med olika instanser. Kuratorerna har ansvaret för denna viktiga uppgift med avseende på patienternas sociala situation. I intervjuerna framkom dock bland några patienter ett speciellt behov av kontakt med någon som kan ge en personlig fortlöpande uppföljning angående frågor kring vården och hur de löses.

Utomlands har särskilda tjänster kommit att tillskapas för att övervaka kontinuiteten i patienternas vård i samband med utskrivning. Dessa benämns i USA och Storbritannien för "liaison nurses" eller "liaison officers" (56,144,152,188). På en del större akutsjukhus har en enskild administrativ enhet skapats, s k "discharge unit", med ansvar för kontinuiteten i patienternas vård efter en sjukhusvistelse. Denna utveckling utomlands tyder på en ökad uppmärksamhet av utsatta gruppers situation i samband med utskrivning, vilket har både kvalitetsmässiga och ekonomiska skäl. Individinriktade praktiska lösningar utformas noggrannt för att sedan praktiskt följas upp. Speciellt de äldre patienterna har kommit att omfattas av sådan service (66,132).

Utvecklingen av särskilda kontaktsjuksköterskor eller "discharge units" visar i likhet med resultaten i det här arbetet att kontinuitetsfrågorna behöver få en ökad uppmärksamhet inom akutsjukvården. Man kan emellertid argumentera mot att – förutom den stora personal som redan finns kring patienter – ytterligare införa en kategori eller särskild administrativ enhet med syftet att bland annat skapa kontinuitet i en patients omvårdnad. En sådan funktion borde istället kunna knytas till vårdavdelningarna så att de kontinuitetsbefrämjande åtgärderna får en personförankring med tidigare vårdepisod. En följd av ett sådant synsätt vore att ge en naturlig återkoppling till omvårdnadens företrädare om vilka problem äldre patienter kan möta efter hemkomsten från sjukhus. Därmed skulle sådana problem kunna bemötas med ökad kunskap, förståelse och effektivitet på vårdavdelningar.

Inom andre vårdformer som exempelvis psykiatri, har särskilda kontaktpersoner för patienter praktiserats. Mycket litet finns dock beskrivet om sådan verksamhet och effekterna av den. Särskilda kontaktsjuksköterskor i samband med en viss patientkategori borde dock vara viktigt att pröva i akutsjukvården och utvärdera empiriskt.

8.5 FRÅGOR KRING SEKRETESS, INTEGRITET OCH JOURNALFÖRING

När de empiriska studierna genomfördes aktualiserades på de aktuella vårdavdelningarna frågor kring sekretess och patienternas integritet. Några sjuksköterskor framförde bland annat åsikten att omvårdnaden inte bör kommuniceras mellan olika vårdnivåer. Anledningen var att de ansåg att detta skulle kunna vara brott mot bestämmelserna om sekretess i sjukvården. En sådan inställning kommer då att stå i konflikt med kravet på kontinuitet i omvårdnaden sedd ur ett längre perspektiv än inom ramen för varje enskild vårdepisod. De berättigade kraven på kontinuitet mellan vårdnivåer skulle därmed få vika för kravet på sekretess i syfte att bevara patienternas integritet. Detta påverkar då vårdens kvalitet i en negativ riktning.

Det är knappast praktiskt genomförbart att en och samma sjuksköterska tar emot en nyintagen patient på vårdavdelningen, planerar och praktiskt genomför omvårdnaden, utvärderar resultaten samt förbereder för utskrivning. Därför är en tillförlitlig och komplett dokumentation av omvårdnaden nödvändig för att berörd vårdpersonal skall kunna utgå från en helhetsbild av de patienter de vårdar. Eftersom omvårdnad i det här arbetet har förutsatts vara en del av vårdsystemet i enlighet med Halls modell måste det således dokumenteras om en helhetssyn i vården skall bli konkretiserad.

I samband med utskrivningen från akutsjukvården kan patienternas vårdsituation göras tydlig bland annat i form av dokumentationen av omvårdnaden. I den här undersökningen har det inte kunnat visas att detta skett på ett systematiskt och regelbundet sätt för de äldre patienter som ingick i urvalet. Det kan innebära att sjuksköterskor inte alltid har för vana eller saknar förmåga att uttrycka omvårdnaden kortfattat i skriftlig form. Det kan även innebära att sådan vana och förmåga finns, men inte anses så betydelsefull att den efterfrågats av kolleger eller andra yrkesutövare inom sjukvården. Beträffande de egna yrkeskollegerna motsägs den senare tolkningen dock av att distriktssköterskorna efterlyste sådan information, vilket ju framkom i den problemsökande studien.

En annan förklaring kan vara att de äldre patienterna inte får tillräckligt med tid. Därmed kommer inte någon stor vikt att läggas vid dokumentationen av omvårdnaden. För dessa patienter sker då heller inte kommunikation till annan personal av omvårdnadens speciella aspekter. Ytterligare en anledning till att dokumentationen visade svagheter kan vara just osäkerheten om vad som kan dokumenteras och vidarebefordras med hänsyn till lagar och förordningar.

8.5.1 Sekretess och integritet

Skriftliga anteckningar inom den offentliga hälso- och sjukvården är allmänna handlingar. Tryckfrihetsförordningen och sekretesslagen reglerar offentlighet och sekretess för alla allmänna handlingar (154). Tryckfrihetsförordningen reglerar principen om offentlighet. De begränsningar som finns i offentligheten regleras av sekretesslagen. Den senare innehåller föreskrifterna om tystnadsplikt, begränsningarna av rätten att ta del av allmänna handlingar och förbud att lämna ut sådana. Mellan olika myndigheter råder sekretess. Sekretesslagen skall också tillämpas på olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet om de är självständiga i förhållande till varandra.

I sjukvården är uppgifterna om en patients personliga förhållanden sekretesskyddade om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan något men för patienten eller denne närstående person. Enligt sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) och Landstingsförbundet innebär det att utlämnande av sekretesskyddade uppgifter kan ske om 1) patientens samtycke inhämtats 2) uppgiften kan röjas utan att patienten eller dennes närstående lider men 3) uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning 4) uppgiften har avidentifierats eller 5) en direkt nödsituation uppstår (142).

Ett fritt informationsutbyte kan ske inom en och samma verksamhetsgren. Det finns emellertid olika tolkningar vad gäller sekretessen mellan verksamhetsgrenar. Samtliga kliniker på ett sjukhus tolkas av socialstyrelsen som en och samma verksamhetsgren (155). Justitieombudsmannen uppfattar däremot varje klinik som en självständig verksamhetsgren (140). Sådana olikheter i tolkningen av sekretesslagen kan givetvis medföra problem för den praktiska hanteringen av dokumentationen av en patients omvårdnad inom olika vårdnivåer och vid kommunikationen mellan dem.

Det kan finnas risk att olika tolkningar medför en praxis som gör att betydelsefulla uppgifter utesluts i skriftlig dokumentation. En sådan rapportering löper då stor risk att bli så fragmentarisk att

diskontinuitet i omvårdnaden uppstår. Därmed kommer en god och trygg vård inte att uppnås.

Sjuksköterskorna som i sitt dagliga arbete konfronteras praktiskt med frågorna kring sekretess och integritet kan tänkas ta oklarheter vid tolkning av lagstiftningen som ett skäl att dokumentera så litet som möjligt eller helt undvika detta. De, liksom vissa andra yrkesgrupper i sjukvården, har dock skyldighet att föra patientjournal. Det är också viktigt att observera att sekretesslagens begränsningar alltid kan undanröjas genom att patientens samtycke inhämtas.

8.5.2 Journalföring

Enligt journallagens första paragraf skall en patientjournal föras vid vård inom hälso- och sjukvård (141).

Ett syfte med lagen är att rättsligt reglera innehållet i och hanteringen av patientjournalerna. Ett annat syfte är att skydda patienternas personliga integritet inom hälso- och sjukvården. Ett tredje syfte, som dock inte uttalats, skulle ha kunnat vara att säkerställa vårdens innehållsmässiga kvalitet.

Med en patientjournal avses de anteckningar som görs och de handlingar som upprättas eller inkommer i samband med vården. Det gäller olika uppgifter om en patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, medicinsk behandling och omvårdnad.

De olika journalhandlingar som finns utgör tillsammans patientjournalen. Varje journal skall utformas så att patientens integritet respekteras och att en god och säker vård möjliggörs.

Utöver själva journalhandlingarna kan minnesanteckningar eller stödanteckningar förekomma. Sådana noteringar är av mer tillfällig karaktär. Ett exempel utgör det kardexsystem som sjuksköterskor använder inom den slutna vården.

Den journalföringsskyldige avgör sedan vad som skall vara journalinformation och införas i patientjournalen. Ett utskrivningsmeddelande kan då i vissa fall komma att ingå i sin helhet som journalhandling.

Var och en som för journal är enligt patientjournalagen ansvarig för sina noteringar. Därvid ansvarar sjuksköterskan för att relevant information om patienters omvårdnad dokumenteras och vidarebefordras. Utelämnad information kan komma att uppfattas som frånvaro av planering eller vidtagna åtgärder även om så inte är fallet. En fråga som uppstår i sammanhanget är om den grundläggande utbildningen och fortbildningsinsatser givit sjuksköterskorna tillräcklig handlingsberedskap för dokumentation av om-

vårdnaden i allmänhet och dessutom med särskild inriktning mot de äldre patienterna.

I undersökningen av de 100 patienternas utskrivning till hemmet visade genomgången av patientrapportbladen i patientjournalerna att den information som införts varken var strukturerad eller inriktad mot innehållet i omvårdnaden. Informationen om utskrivningen och åtgärder i samband med denna förelåg knappast alls. Det kan då tyckas som om omvårdnadens speciella innehåll hade betraktats som alltför litet betydelsefullt för att notera i form av journalhandling. Kontinuiteten i omvårdnaden kunde då inte heller garanteras.

8.6 ATTITYDERNA TILL ÄLDRE

I de redovisade studierna framkom att någon större tonvikt inte hade lagts på de äldres utskrivning. Det kan finnas en rad olika förklaringar till detta som exempelvis organisatoriska förhållanden, utbildningens och fortbildningens karaktär eller de personliga förutsättningarna hos sjukvårdspersonalen i form av attityderna till dem de vårdar.

Frågor om organisatoriska förutsättningar för vården av äldre inom somatisk korttidsvård och vårdutbildningens förberedelse av blivande sjuksköterskor för sådan omvårdnad är viktiga i sammanhanget. Attityderna kan dock utgöra den bakomliggande variabeln för benägenheten att ägna uppmärksamhet åt äldre och deras speciella behov av omvårdnad. Studier av attityder innebär att en viss grups förutsättningar för att nå praktiska resultat blir belysta. Eftersom de äldre patienterna upptar en så stor del av akutvårdsplatserna är sjuksköterskors attityder till äldre människor betydelsefulla för vilken vikt som kommer att ges vid vården av dem. Det senare skulle innebära att åtgärder behöver vidtas för att ytterligare förbättra attityderna till äldre inom de studerade grupperna. Det skulle kunna medföra ett ökat intresse för att undvika brister vid dokumentation som underlag för kontinuiteten i äldres omvårdnad.

För att nå optimal kvalitet på omvårdnaden av äldre inom den somatiska sjukvården behöver sjuksköterskorna ha kunskaper om och förmåga att bedöma omvårdnadsåtgärder med speciell inriktning mot äldre. I hälso- och sjukvårdslinjens utbildningsinnehåll bör man uppmärksamma den påverkan av attityder gentemot de äldre som utbildningens utformning innebär. Mycket liten kunskap finns för närvarande om den nuvarande utbildningens inverkan på de attityder och handlingsmönster som utvecklas hos sjuksköterskorna. Det är emellertid inte säkert att en övergripande attityd till

äldre i allmänhet överensstämmer med attityderna till äldre patienter i olika speciella sammanhang.

Fishbein och Ajzens modell för studier av attityder användes i detta arbete. Den modellen var fruktbar som utgångspunkt för valet av instrument, men vidare instrumentutveckling behöver ske. Resultaten från det här arbetet av de tre studerade komponenterna i attitydbegreppet motsäger inte att ett samband finns mellan dem. Dock erhöles inte heller något starkt stöd för att så varit fallet. I de studerade grupperna förelåg inte någon uttalat positiv attityd men inte heller motsatsen.

8.7 UNDERSÖKNINGENS BEGRÄNSNINGAR

Beträffande situationen vid utskrivningen från sjukhus till hemmet kan en generalisering till hela den svenska sjukvården naturligtvis inte göras på grundval av de här genomförda studierna eftersom dessa inte bygger på ett representativt och slumpmässigt urval. Materialets begränsningar måste således beaktas när man drar slutsatser från resultaten. Utskrivningen studerades inom ett lands- tings. Patienterna utvaldes konsekutivt under en viss tidsperiod. De sjuksköterskor som kom att ingå i studien gjorde det på grundval av att de hade ett ansvar i samband med de studerade patienternas utskrivning. Troligen är resultaten ändå en illustration av att en alltför liten tonvikt ofta läggs på kontinuiteten i omvårdnaden av äldre patienter vilka efter vistelse på akutsjukhus utskrivs till hemmet.

Undersökningen av attityderna till äldre är representativ för motsvarande grupper inom Uppsala högskoleregion. Givetvis måste man beakta att detta gäller för just den aktuella tidpunkt när undersökningen genomfördes.

9. Konsekvenser och rekommendationer

Det inledande kapitlet – kapitel 1 – avslutades med konstaterandet att omvårdnaden, med sin avsaknad av tradition i vetenskaplig bemärkelse, befinner sig i ett stadium där systematiskt genomförda beskrivningar kan ge uppslag till frågor och hypoteser som ett led i en stegvis utveckling. En föresats fanns att det här arbetet skulle utgöra ett sådant bidrag till omvårdnadsforskningen. Som avslutning kommer därför några konsekvenser för kontinuiteten i omvårdnaden att framhållas och allmänna rekommendationer för patientvården att ges. Dessutom ges några uppslag till fortsatt forskning inom området.

9.1 KONTINUITET I OMVÅRDNADEN

En hög kvalitet på sjukvården förutsätter att kontinuitet finns som en "röd tråd" inom vårdnivåer, mellan vårdnivåer och även när vården förväntas ombesörjas av patienten själv eller denna närstående personer. Genomgången av studier om patienters utskrivning från sjukhus visade att detta inte blivit föremål för något stort intresse i vårt land. I de här genomförda studierna bekräftades detta vad gäller den direkta omvårdnaden.

Resultaten av de studier av utskrivning som presenterats har betydelse för kliniskt arbete och omvårdnaden av äldre i den bemärkelsen att de visade dels att formen för kommunikation mellan sluten akutsjukvård och öppen vård kan påverka kontinuiteten i omvårdnaden, dels att denna kan förbättras genom att man använder ett strukturerat utskrivningsmeddelande.

Systematisk redovisning av omvårdnad visade sig dock vara ett problem. Detta bör kunna uppmärksammas och åtgärdas genom att ett principprogram för utskrivning finns utformat för ett visst sjukhus eller klinik och genom utbildningsinsatser förankrade bland annat i ett omvårdnadsteoretiskt resonemang. Innehåll och begrepp som tydliggör omvårdnaden borde självklart komma till uttryck i dokument från praktisk verksamhet. Det behövs vetenskapligt förankrade insatser som inriktas mot utveckling av just detta.

Det har tidigare framhållits att i det arbete som sjuksköterskor utför i sjukvården har de en viktig uppgift när det gäller att bidra till kontinuiteten i de enskilda patienternas vård. Detta tycks man inte ha uppmärksammat och tydliggjort vad beträffar de äldre patienterna i tillräcklig utsträckning. Sjuksköterskorna verkar vara en otillräckligt utnyttjad resurs när det gäller att ge konkreta bidrag till kontinuiteten i sjukvården. De behöver ges möjlighet att ut-

veckla väl genomtänkta kontinuitetsbefrämjande åtgärder på sina arbetsplatser.

Ett budskap från detta arbete är att omvårdnad, i likhet med medicinsk behandling, måste dokumenteras inom varje vårdnivå. Intill dess omvårdnadsåtgärderna slutförts, eller avskrivits, måste också information om dem förmedlas till nästa vårdnivå. Sådan överföring bör ske mellan berörda yrkesutövare med ansvar för omvårdnaden och det bör noteras i patientens journal att så skett. Det bör också ske i full enighet med och med information om innehållet till berörd patient om inget direkt hinder för detta finns. På det sättet kommer patienternas delaktighet och integritet i den praktiska situationen att stärkas.

9.2 ALLMÄNNA REKOMMENDATIONER FÖR PATIENTVÅRDEN

Författarens egen praktiska erfarenhet som sjuksköterska, genomgången av litteratur om kontinuitet i omvårdnaden och attityderna till äldre samt de resultat och erfarenheter som erhöles av de redovisade empiriska undersökningarna gav upphov till några rekommendationer för det praktiska sjukvårdsarbetet vad gäller äldre patienter.

- Patienterna och deras anhöriga bör ses som en del av vårdsystemet. Det innebär att en medverkan av patienterna och de anhöriga måste planeras och omsättas i olika aktiviteter i samband med vården såsom exempelvis utskrivning från akut-sjukhus till det egna hemmet.
- En modell för omvårdnad behöver finnas uttalad och tillämpad i det praktiska sjukvårdsarbetet. Oremss modell kan ge en grundläggande struktur att utgå ifrån. Indelningen av omvårdnadsåtgärder i helt kompensatoriska, delvis kompensatoriska och stödjande/pedagogiska bör tillämpas vid planering och dokumentation av de egenvårdsbehov som en äldre människa i samband med ohälsa inte själv kan tillgodose.
- Ett skriftligt utskrivningsmeddelande till primärvården bör som regel användas för patientgrupper med särskilda behov. Till dessa hör äldre patienter som vårdats i somatisk korttidsvård.

- För alla äldre patienter på akutvårdsavdelningar bör en medlem av personalen tilldelas det totala praktiska ansvaret för utskrivningens planering, genomförande och uppföljning med avseende på omvårdnaden. En sådan "nyckelperson" kan för de äldre patienterna vara en sjuksköterska men bör av denna även kunna delegeras till annan person där så är lämpligt.
- Försök med särskilda kontaktsjuksköterskor för äldre bör genomföras i Sverige i syfte att pröva om kontinuiteten i medicinsk behandling och omvårdnad förbättras.
- Kunskaper och färdigheter i dokumentation av omvårdnad för äldre behöver utvecklas och tränas inom den grundläggande vårdhögskoleutbildningen och vid kvalificerad fortbildning av arbetsledande sjuksköterskor.
- Attityderna till äldre inom sjukvården behöver ges ökad uppmärksamhet i samband med omvårdnadsarbete.
- Inom akutsjukvård bör vårdpersonalen ges teoretiskt och praktiskt stöd att beskriva, utveckla och genomföra praktiska åtgärder för att befrämja kontinuiteten i äldre patienters vård. Det behöver göras på ett sådant sätt att åtgärderna blir tydliga och gripbara för de olika personalkategorierna i vårdteamet och att ansvaret blir klart fördelat.

9.3 FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING

De undersökningar som här har presenterats har sökt att ge ett bidrag till beskrivningen av den praktiska sjukvårdens verksamhet utifrån ett omvårdnadsperspektiv. En sådan beskrivning är givetvis inte slutförd i och med detta arbete. Fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete behöver ta vid. Några förslag till sådant arbete ges slutligen.

De aktuella undersökningarna visar på behovet av att uppmärksamma de äldre patienter som skrivs ut från sjukhus till det egna hemmet och där förväntas klara eventuella fortsatta egenvårdsbehov. Olika problemområden behöver därför uppmärksammas i kommande omvårdnadsforskning. Det gäller den praktiska verksamheten, frågor om attityder till äldre patienter samt vårdutbildning och fortbildning.

9.3.1 Inom den praktiska verksamheten

Kontinuitet är något som denna studie har visat behöver bli föremål för ytterligare och mer fördjupade undersökningar. Fallstudier över en längre tidsperiod vore angelägna för att belysa konsekvenser av hur omvårdnad planerats och genomförts. På det sättet skulle positiva resultat kunna tjäna som ledning för praktisk verksamhet.

För den undersökning som det här gäller utfördes insamlingen av materialet innan den nya journallagen formellt trädde i kraft år 1986. En ny situation har därför uppstått i och med att dokumentation nu gjorts till ett utvidgat åliggande. En förnyad undersökning skulle leda till ett så kallat naturligt experiment. Slutsatser skulle då kunna dras med ytterligare styrka.

9.3.2 Insamling av patientuppgifter

Inom den praktiska vården behövs klart uttalade modeller för omvårdnaden och systematiskt genomförd datainsamling. Olika modeller måste prövas – i olika sammanhang och för olika åldersgrupper – bland patienterna. Olika modeller tydliggör vilken information som är omvårdnadens speciella bidrag till patientvården, vad den behöver innefatta för att bidra till de beslut som i sin tur kan leda till uppfyllande av olika kvalitetskriterier för vården. Detta behöver belysas genom studier av patientfall.

Tillförlitligheten i gjorda bedömningar kräver fördjupade och utvidgade studier. Det behöver ske generellt men även i relation till olika grupper av patienter såsom exempelvis äldre inom olika vårdformer och med skilda vårdbehov. En instrumentutveckling behöver ske vad beträffar psykologiska och sociala omvårdnadsbehov i samband med ohälsa.

9.3.3 Värderingar rörande arbetsuppgifter i vården

Även om olika professionella grupper kring patienterna är överens om de övergripande målen för hälso- och sjukvården och arbetsmoment såsom exempelvis utskrivning av patienter, kan det tänkas att de har olika teoretiska referensramar för sitt arbete och därmed olika inställning till när man skall ge sina bidrag och hur det skall ske samt på vilket sätt kommunikation bör ske.

I samband med de empiriska studierna framkom att ett dilemma kan uppstå vid värdering av sekretess och integritetsfrågor. Vilka sådana värderingar som finns bland vårdpersonal borde kartläggas och eventuella motstridiga sådana belysas. Olika värderingar kan komma i konflikt vid exempelvis utskrivningsförfarandet. I det här arbetet har detta inte studerats men vore av intresse att undersöka vad beträffar genomslagskraft eller olikheter bland berörda yrkeskategorier.

9.3.4 Ansvarsfördelning

Det finns föga överblick över antalet personer som är inblandade i en patients totala vård. Detta borde närmare studeras. Vårdpersonalens uppfattning om sitt ansvar vid olika vårdsituationer borde bli kartlagt. Det kan vara svårt att veta var ansvaret börjar och slutar för olika detaljer i vården. Den policy som sjukhus respektive klinik och vårdavdelning avser att förverkliga beträffande utskrivning av patienter och den roll som olika befattningshavare förväntas uppfylla behöver göras explicit.

Olika yrkesgruppers uppfattningar om sitt ansvar vid utskrivning och hur den praktiskt kommer att bli utförd vore av intresse att få närmare kunskap om. En beslutsprocess inbegriper kunskap hos alla berörda om vem som konkret har ansvaret i olika hänseenden. I det här arbetet framkom inte att sådant var klart och entydigt uttalat. I utskrivningsplanering har olika parter intresse. Förutom läkarna och sjuksköterskorna är det arbetsterapeuterna, kuratorerna och sjukgymnasterna. Vidare är det givetvis patienten själv och eventuellt dennes familj. Vid patientintervjuerna framkom att patienterna ofta inte haft känslan av att medverka i olika beslut om sin utskrivning. Olika åtgärder för att förbättra detta borde bli föremål för systematisk utprövning.

9.3.5 Attityderna till äldre

I det här arbetet presenterades en undersökning av attityder till äldre i en allmän bemärkelse. Det är viktigt att vid fortsatta studier inom området inte stanna vid attityderna till äldre i allmän bemärkelse. I kommande forskning bör man söka besvara frågor som handlar om attityder i en viss riktning åtföljs av observerbara beteenden i olika praktiska omvårdnadssituationer där äldre patienter berörs. Det behövs då en metodutveckling för att erhålla ett tillförlitligt instrument speciellt anpassat för de aktuella grupperna.

En sådan fråga är om sjuksköterskors attityd till olika patientgrupper påverkar deras förmåga att uppfånga patienternas behov och förmågan att vidta adekvata omvårdnadsåtgärder. Forskning om attityder genom kvantitativ teknik kan ge en kunskap som anger dispositionen till handlande mot en viss patientgrupp. Om sambandet skall kunna fastställas till öppet handlande i praktisk verksamhet måste sådan kunskap om attityder jämföras med exempelvis observation under pågående vårdverksamhet.

De speciella faktorer i det praktiska arbetet som främjar respektive motverkar positiva attityder till de äldre patienterna skulle behöva studeras. Därför vore attityderna till omvårdnad i allmänhet, till att själv praktiskt arbeta med omvårdnad samt vilka patientgrupper som föredras av intresse att närmare utreda. I det här sammanhanget är även utskrivningen av patienter en arbetsuppgift som är en del av omvårdnadsarbetet. Det är ju vid prioritering mellan olika arbetsuppgifter som avgörande attityder kommer till synes.

En fråga man också måste ställa sig är om det finns ett prediktivt samband mellan rådande attityder till äldre och olika handlingar. Fishbein och Ajazins modell utgår från att så är fallet. Inom sjukvården kan det dock tänkas att andra variabler också inverkar såsom vårdens organisation eller aktuell specialitet. Efter ytterligare metodutveckling borde en jämförelse mellan olika regioner kunna belysa eventuella skillnader mellan utbildningsorter och även mellan storstäder och landsortskommuner eller olika vårdformer. Dessutom skulle effekter i form av en attitydpåverkan kunna mätas i samband med genomförandet av förändringar inom vården och vårdutbildningen.

9.3.6 Vårdutbildning och fortbildning

Patienters utskrivning – vem som gör vad och resultat av de insatser som sjuksköterskor gör i relation till olika patientgrupper – borde vara en viktig utbildningsfråga att analysera inom den grundläggande vårdutbildningen och intern fortbildning av sjukvårdspersonal. Rollkonflikter, överlappning eller underlåtande vid en så viktig fas i vården som utskrivning av äldre borde tydliggöras i undervisningsplanering, didaktisk verksamhet samt läromedel.

Läromedlens innehåll, lärares utbildning i relation till strävan att förverkliga kontinuiteten i vården och med inriktning mot de äldre skulle kunna vara viktiga områden för pedagogisk forskning.

Vårdhögskoleutbildningarnas innehåll om gerontologi, geriatrik och omvårdnad med inriktning på de äldres särskilda behov i vården borde underkastas en kvalitetsgranskning.

Utbildningens roll för påverkan av de attityder som utvecklas till bland annat olika åldergrupper behöver också uppmärksammas i linjenämnder. Försök att påverka sjuksköterskestuderandes attityder till äldre i en uttalat positiv riktning kan innebära en kreativ utmaning för utbildningsverksamheten. Detta kan i sin tur komma att påverka betoningen på de äldre patienternas omvårdnad inom akutsjukvården.

9.3.7 Förslag till hypoteser

Några hypoteser utformade mot bakgrund av den aktuella undersökningen kan avslutningsvis ge uppslag till ytterligare arbete i den uppbyggnad av vetenskapligt underlag för omvårdnadens praktik som inletts i och med att systematisk omvårdnadsforskning blivit ett av medlen för att förbättra vårdens kvalitet.

- En omvårdnadssummering (omvårdnadsdiagnos) i samband med varje äldre patients utskrivning förbättrar möjligheten till kontinuerlig uppföljning inom primärvården av omvårdnaden.
- Utveckling av ett klart definierat handlingsprogram för hur kontinuiteten skall fungera kan signifikant påverka såväl behandlingsresultat som patienttillfredsställelse och kostnader.
- Ett probleminriktat (till skillnad från uppgiftsorienterat) arbetssätt påverkar hur äldre patients individuella behov av omvårdnad uppfattas och åtgärdas.
- Det finns ett samband mellan sjuksköterskors attityder till äldre och kommunikationen av för äldre patienter betydelsefulla omvårdnadsåtgärder inom en vårdnivå och mellan vårdnivåer.
- Sjuksköterskeutbildningens utbildningsplanering beträffande undervisningen i gerontologi, geriatrik och omvårdnad med inriktning mot äldre kan signifikant påverka kunskaper, känslor och praktisk handlingsberedskap bland sjuksköterskor när det gäller de äldre inom hälso- och sjukvården.

Referenser

1. A simplified guide to nursing in WHO. Köpenhamn: World Health Organization, 1986 (WHO Document 6367J).
2. Allison S. A framework for nursing action in a nurse-conducted diabetic managed clinic. *Journal of nursing administration* 1973;3:53-60.
3. Amos G. Going home? Birmingham: Continuing Care project, 1975.
4. Amos G (ed.). Home from hospital to what? Birmingham: Continuing Care Project, 1980.
5. Andersson K. Omvårdnad. Framväxten av en vetenskap. Arlöv: Esselte Studium, 1984. (Delrapport i akademisk avhandling).
6. Andersen L. Correlation study: Nurses' subjective perceptions of depression and objective ratings. *Journal of New York State Nurses Association* 1985;16:13-8.
7. Andersen R. Problems of validity and reliability in measuring the benefits of health services. In: Berfenstam R, Petersson O, Smedby B (eds). Evaluation research and measurement of benefits of health services. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1978;Suppl 13:59-79.
8. Axelrod S, Eisdorfer C. Attitudes toward old people: An empirical analysis of the stimulus-group validity of the Tuckman-Long questionnaire. *Journal of Gerontology* 1961;16:75-80.
9. Backscheider J. Self-care requirements, self-care capabilities and nursing systems in the diabetic nurse management clinic. *American Journal of Public Health* 1974;64:1138-46.
10. Bachrach L. Continuity of care for chronic patients. A conceptual analysis. *American Journal of Psychiatry* 1981;11:1449-55.

11. Bass R D, Windle C. Continuity of care: An approach to measurement. *American Journal of Psychiatry* 1972;129:196-201.
12. Basårsstatistik 1985. Verksamhet och personal (LKELP 86). Sammanställning av vårddagar, vårdplatser, läkarbesök, befattningar m m. Stockholm: Landstingsförbundet och Socialstyrelsen, 1986.
13. Berg S, Mellström D, Persson G, Svanborg A. Loneliness in the Swedish aged. *Journal of Gerontology* 1981;36:342-349.
14. Bergström S, Lindencrona C. Hur förbereds blivande sjuksköterskor för omvårdnad av äldre inom den allmänna hälso- och sjukvårdslinjen? I: Vårdhögskolan i Östersund. Mänskliga resurser - omvårdnad social omsorg. Rapport från nordisk forskningskonferens, 1987 (Studier i vårdutveckling 11).
15. Björn A. Et skridt mot sundhet. Köpenhamn: Dansk Institut for Sundhets- og Sygeplejeforskning, 1986.
16. Brorsson B. ADL-index. Sammanfattande mått på individens förmåga att klara det dagliga livets aktiviteter. Metodöversikt. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1980.
17. Brower T. Social organisation and nurses' attitudes toward older persons. *Journal of Gerontological Nursing* 1981;7:293-8.
18. Burnside I M. *Nursing and the aged*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1981.
19. Butler R. *Why survive? Being old in America*. New York: Harper and Row, 1985.
20. Caldera K et al. Exploration of the effekt of educational level on the nurse's attitude toward discharge planning. *Journal of nursing education* 1980;19:24-32.
21. Campbell M E. Study of the attitudes of nursing personnel toward the geriatric patient. *Nursing Research* 1971;20:147-51.
22. Cardno J A. The notion of attitude: An historical note. *Psychological Reports* 1955;1:345-52.

23. Ceder L. Hip fracture in the elderly. Prognosis and rehabilitation. Lund: Department of orthopaedic surgery, University Hospital, 1980 (Thesis).
24. Ceder L. Effektivt samarbete ortopedi - öppenvård krävs för att kunna ge äldre en fullgod vård. Läkartidningen 1983;80:582-4.
25. Chandler J, Rachal J, Kazelskis R. Attitudes of long-term nursing personnel toward the elderly. The Gerontologist 1986;26:551-5.
26. Coe R. Professional perspectives on the aged. The Gerontologist 1967;7/8:114-9.
27. Colton T. Statistics in medicine. Boston: Little, Brown and Company, 1975.
28. Cook B A, Pieper H. The impact of the nursing home clinical on attitudes toward working with the elderly. Gerontology & Geriatrics Education 1985;5:53-9.
29. Cohen J. A coefficient of agreement for nominale scales. Educational and Psychological Measurement 1960;20:37-46.
30. Creason N, Pogue N, Nelson A, Hoyt C. Validating the nursing diagnosis of impaired physical mobility. Nursing Clinics of North America 1985;20:669-82.
31. Dagens äldre. Fakta kring levnadsförhållanden. Stockholm: Liber Förlag, 1985 (SOU 1985:31).
32. Demlo L. Reliability of information from patients' medical records. Medical Care 1978;16:995-1005.
33. Den nya hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Landstingsförbundet, 1982.
34. Denyes M J. Development of an instrument to measure self-care agency in adolescents. Ann Arbor: University of Michigan, 1980 (Thesis).
35. Denzin N K. The research act. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1978.

36. Denzin N K. Sociological methods. A source book. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1978.
37. Devine B. Old age stereotyping: A comparison of nursing staff attitudes toward the elderly. *Journal of Gerontological Nursing* 1980;6:25-32.
38. Dexter P A, Laidig J. Breaking the educational/service barrier. *Nursing Outlook* 1980;28:179-82.
39. Diers D. Research in nursing practice. New York: J B Lippincott, 1979.
40. Directory of Nurse Researchers. 2nd ed. Indianapolis: Sigma Theta Tau International, 1987.
41. Downe-Wamboldt B, Melanson P. A descriptive study of the attitudes of baccalaureate student nurses toward the elderly. *Journal of Advanced Nursing* 1985;10:369-74.
42. Egenvård - ett framtidsperspektiv. Stockholm: Landstingsförbundet, 1977 (1977:23).
43. Eisdorfer C. Attitudes toward old people: A re-analysis of the item-validity of the stereotype scale. *Journal of Gerontology* 1966;21:455-7.
44. Ejlertsson G. Attityder till sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1977 (1977:1).
45. Ejlertsson G, Berg S. A comparison of continuity of care indices. Lund: Department of statistics, University of Lund, 1982 (Rapport 8).
46. Ejlertsson G, Berg S. Continuity of care in health care teams. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1985;3:79-85.
48. Engström B. Information to the patient. An attempt to satisfy the patient's need for information. Umeå: Department of neurology, University of Umeå, 1986 (Thesis).
49. Feldbaum E, Feldbaum M. Caring for the elderly: Who dislikes it least? *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1981;5:62-72.

50. Fielding P. An exploratory investigation of selfconcept in the institutionalized elderly and a comparison with nurses' conceptions and attitudes. *International Journal of Nursing Studies* 1979;16:345-54.
51. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention and Behaviour: An introduction to theory and research*. Reading: Addison-Wesley, 1975.
52. Fleiss J L. Measuring nominale scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin* 1971;76:378-82.
53. Forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården. Stockholm: Landstingsförbundet, 1982.
54. Futrell M, Jones W. Attitudes of physicians, nurses and social workers toward the elderly and health maintenance services for the aged: implications for health manpower policy. *Journal of Gerontological Nursing* 1977;3:42-63.
55. Genell Andrén K. Social network, perceived ill health and use of an emergency department. Stockholm: Departments of Social work, St Görans Hospital, Social Medicine, Huddinge University Hospital and Endocrinology, Karolinska Hospital, 1987 (Thesis).
56. Gikow F, Bigelow L, Hanford J, Anderson E, Bossi L, Kiselius J. The continuing care nurse. *Nursing Outlook* 1985;33:195-7.
57. Gillis M. Attitudes of nursing personnel toward the aged. *Nursing Research* 1973;22:517-20.
58. Gordon M. *Nursing Diagnosis. Process and application*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1987.
59. Greenfield E, Pace J. Orem's self-care theory of nursing: practical application to the end stage renal disease patient. *Journal of nephrology nursing* 1985;2:187-93.
60. Greenhill D, Baker M. The effects of a well older adult clinical experience on students' knowledge and attitudes. *Journal of nursing education* 1986;25:145-7.
61. Gunter L. Students' attitudes toward geriatric nursing. *Nursing Outlook* 1971;19:466-9.

62. Gustafsson L. QUEST. Ett programsystem för statistisk och epidemiologisk dataanalys. Umeå: Socialmedicinska institutionen, Umeå Universitet, 1985.
63. Haglund B. Vilka får sjukvård? En statistisk och kartografisk studie av vårdutnyttjande i Uppsala län. Uppsala: Institutionen för socialmedicin, Uppsala Universitet, 1986 (Akademisk avhandling).
64. Haglund G. Kontinuitet – en fråga under debatt. Stockholm: Spri, 1982 (Rapport 3406).
65. Haglund G. Kontinuitet – bakgrund, innebörd och begränsningar. Läkartidningen 1982;79:4284–9.
66. Halamandaris B. Federal quality of care requirements: intent and impact on health care. In: McClelland, Kelly K, Buckwalter K. Continuity of care. Advancing the concept of discharge planning. Orlando: Grune & Stratton, 1985.
67. Hall, L. Nursing – What is it? The Canadian Nurse 1964;9:151–8.
68. Hall L. Another view of nursing care and quality. In: Straub M, Parker K (eds). The role of nursing. Proceedings of a workshop. Washington: The Catholic University of America, 1965.
69. Hamrin E. Activation of patients with stroke in clinical nursing care – effects on patients and staff. Uppsala: Department of Clinical Physiology, Department of Internal Medicine, Department of Social Medicine, Department of Rehabilitation, University Hospital, Uppsala University, 1981 (Thesis).
70. Hamrin E, Lindencrona C. Omvårdnadsteorier – en analys av Lydia Halls modell. Omvårdaren 1981;5/6:2–6.
71. Hanks D. Self-care. Assessing the aged client's need for independence. Journal of gerontological nursing 1984;10:27–31.
72. Hartigan E, Brown J. Discharge planning for continuity of care. New York: National League for Nursing, 1985.
73. Hatton J. Nurse's attitude toward the aged. Relationship to nursing care. Journal of Gerontological Nursing 1977;3:21–6.

74. Heidenborg I. How the basic human needs of patients are met. Analysis, testing and application of Maslow's motivation theory for patient care. Uppsala: Department of Psychology, Uppsala University, 1981 (Thesis).
75. Hermansson B L, Lefvert I B, Lundkvist B, Martinsson I, Viklund M. Sjuksköterskan i primärvården inför 90-talet. Stockholm: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, 1982.
76. Hermansson I, Olsson U, Pettersson M. Meddelanderutiner mellan öppen och sluten vård. Karlstad: Högskolan i Karlstad, 1978 (Seminarieuppsats).
77. Hjort P. Konsekvenser av kontinuitet og mangel på kontinuitet. *Socialmedicinsk tidskrift* 1983;6:301-4.
78. Hockey L. Care in balance. London: Queens Institute of District Nursing, 1968.
79. Hockey L, Buttimore A. Cooperation in patient care. Studies of district nurses attached to hospital and general practice. London: Queens Institute of District Nursing, 1970.
80. Hodell C. Vårdbeskrivningsblankett för distriktssköterskor. *Nytt från Sollentuna* 1981;4:5-7.
81. Hoppe I. Äldres hemkomst efter utskrivningen från sjukhus. Uppsala: Program för omvårdnadsforskning. Uppsala Universitet, 1983 (Examensarbete).
82. Holmberg Campbell M. Distriktssköterskans verksamhet. En svensk bibliografi 1969-1982. Uppsala: Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst, Uppsala Universitet, 1983 (Stencil).
83. Hooper J E. Geriatric patients' and learners' attitudes. *Nursing Times* 1981;77(Suppl 10):37-40.
85. Horn S D, Williamson J W. Statistical methods for reliability and validity testing. An application to nominal group judgments in health care. *Medical Care* 1977;15:922-8.

86. Hulter Åsberg K. Elderly patients in acute medical wards and home-care. Functional assessment, prediction of outcome and a trial of early activation. Uppsala: Department of Social Medicine, Uppsala University, 1986 (Thesis).
87. Hur utnyttjas hälso- och sjukvårdens resurser? En analys av sjukvårdshuvudmännens verksamhet och primärkommunernas äldreomsorg. Stockholm: Spri, 1985 (Spirapport 193).
88. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Ohälsa och vårdutnyttjande (HS 90). Stockholm: Socialdepartementet, 1981 (SOU 1981:2).
89. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Huvudbetänkande. Stockholm: Socialdepartementet, 1984 (SOU 1984:39).
90. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Svensk författningssamling, 1982 (SFS 1982:763).
91. Höglund T, Pettersson AS. Skriftligt behandlingsmeddelande mellan sluten vård och primärvård. Stockholm: Högskolan för lärarutbildning, 1986 (Examensarbete).
92. Information till hälso- och sjukvårdspersonal om vissa patienttänder. Uppsala: Förtroendenämnden, Uppsala läns landsting, 1981 (Stencil).
93. Institute of medicine. Reliability of hospital discharge abstracts. Washington: National Academy of Sciences, 1977.
94. Jacox A. Theoryconstruction in nursing – an overview. Nursing Research 1974;23:4–13.
96. Jette A, Deniston L. Inter-observer reliability of a functional status assessment instrument. Journal of Chronic Disease 1978;31:573–80.
97. Kane R A, Kane R L. Assessing the elderly. Toronto: Rand Corporation, 1981.
98. Katz S, Akpom A. A measure of primary sociobiological functions. International Journal of Health Services 1976;6:493–509.

99. Kayser S J, Minnigerode F. Increasing nursing students' interest in working with aged patients. *Nursing Research* 1975;24:23-6.
100. Kirk J, Miller M. Reliability and validity in qualitative research. London: Sage Publications, 1986.
101. Kim M J et al. Clinical validation of cardiovascular nursing diagnosis. In: Kim M J, McFarland G, McLane A (eds). Classification of nursing diagnosis. Proceedings of the fifth national conference. St Lois: C V Mosby Company, 1984.
102. Kogan N. Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1961;62:44-54.
103. Kogan N. Attitudes toward old people in an older sample. *Journal of of Abnormal and Social Psychology* 1961;62:616-22.
104. Kogan N. Beliefs, attitudes and stereotypes about old people. A new look at some old issues. *Research on Aging* 1979;1:11-36.
105. Kogan N, Wallach A. Age changes in values and attitudes. *Journal of Gerontology* 1961;16:272-80.
106. Konsumtion av slutenvård 1982 per åldersintervall samt framskrivning 1982-1992. Stockholm: Landstingsförbundet, 1984 (Rapport Lf A 22/83).
107. Kontinuitet i primärvården. Stockholm: Spri, 1983 (Rapport 145).
108. Kontinuitetsutredningen. Husläkare. Stockholm: Liber Förlag, 1978. (SOU 1978:74).
109. Koran L. The reliability of clinical methods, data and judgement. *The New England Journal of Medicine* 1975;293:642-6.
110. Krakau I. Känner primärvården de terminalt sjuka? Nytt från utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1982;6:14-23.
111. Kuhn T. The structure of scientific revolutions. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press, 1970.

112. Kunskapsbehov inom området äldres hälso- och sjukvård. Rapport från en initiativgrupp. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1987.
113. Langland, R M, Raithel J A, Benjamin G, Benson R, Crim B, Kunz C. Change in basic nursing students' attitudes toward the elderly after a nursing home experience. *Journal of nursing education* 1986;25:31-3.
114. Lantz J. In search of agents for self-care. *Journal of gerontological nursing* 1985;11:10-4.
115. Lindencrona C, Lindmark B. Reliabilitets- och validitetsprövning av ett aktivitetsindex för cerebrovasculär sjukdom. Uppsala: Institutionen för klinisk fysiologi, Uppsala Universitet, 1981 (Rapport 1/1981).
116. Lindencrona C. Kontinuitet i omvårdnad - en problemsökande pilotstudie inom primärvården. Uppsala: Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst och Program för omvårdnadsforskning. Uppsala Universitet, 1983 (Rapport).
117. Lindencrona C. Kontinuitet i omvårdnad. *Socialmedicinsk tidskrift* 1984;61:383-5.
118. Lindencrona C. Kontinuitet i omvårdnaden. En studie av äldre patienters utskrivning. Uppsala: Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst och Program för omvårdnadsforskning. Uppsala Universitet, 1984 (Rapport).
119. Lindencrona C. Kommunikation mellan sjuksköterskor i slutenvård och distriktssköterskor. *Socialmedicinsk tidskrift* 1985;62:314-7.
120. Linn B, Linn M, Greenwald S, Gurel L. Validity of impairment ratings made from medical records and from personal knowledge. *Medical Care* 1974;12:363-8.
121. Lore A. Supporting the hospitalized elderly persons. *American Journal of Nursing* 1979;79:496-9.
122. Lorensen M. Aeldre og egenomsorg. Köpenhamn: Munksgaard, 1986.
123. Luker K. Care research - what is it? *Nordisk Medicin* 1986;101:98-100.

124. Lyons T, Payne B. The relationship of physicians medical recording performance to their medical care performance. *Medical Care* 1974;12:714-20.
125. Lövgren M. Individuanpassad omvårdnad i samverkan med äldre patienter – kartläggning och intervention inom geriatrisk vård. Göteborg: Institutionen för åldringsvård och långtidsvård, Institutionen för sociologi, Göteborgs Universitet, 1985 (Akademisk avhandling).
126. Mahler H. Nurses lead the way. *WHO Features* 1985;97:1-4.
127. McGuire H. Continuing helth care. *Hospitals* 1976;50:87-91.
128. Mc Kennell A. Attitude measurement. Use of coefficient alpha with cluster or factor analysis. *Sociology* 1970;2:227-245.
129. Mc Tavish D. Perceptions of old people: A review of research methodologies and findings. *The Gerontologist* 1971;11-12:90-108.
130. Melanson P M, Downe Wamboldt B. Antecedents of bacca-laureate student nurses' attitudes toward the elderly. *Journal of Advanced Nursing* 1985;10:527-32.
131. Mercandante L. The relationship of selected characteristics of nurses and their attitudes toward elderly patients. In: Chaska N (ed). *The nursing profession. A time to speake*. New York: McGraw-Hill, 1983.
132. Murray M. The impact of insurance on discharge planning. In: *Continuity of care: Advancing the concept of discharge planning*. Orlando: Grune & Stratton, 1985.
133. Nie C H et al. *Statistical package for the social sciences*. New York: McGraw-Hill, 1983.
134. *Nursing Process Work-Book*. Copenhagen: WHO Regional Of-fice for Europe, 1976.
135. Olsen I. Attitudes of nursing students toward aging and the aged. *Gerontology & Geriatrics Education* 1982;2:233-6.
136. Orem D. *Nursing: Concepts of practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1985.

137. Palmore E. Facts on aging. A short quiz. *The Gerontologist* 1977;17:315-20.
138. Palmore E B. Attitudes toward the aged: What we know and need to know. *Research on Aging* 1982;4:333-48.
139. Parnell J. Continuity and communication. *Nursing Times* 1982;9:33-40.
140. Patientjournalen. Huvudbetänkande av journalutredningen. Stockholm: Socialdepartementet (SOU 1984:73).
141. Patientjournallag. Stockholm: Svensk författningssamling, 1985 (SFS 1985:562).
142. Patientjournallagen. Stockholm: Spri och Landstingsförbundet, 1986 (Sprirapport 201).
143. Payne B. The medical record as basis for assessing physician competence. *Annals of Internal Medicine* 1979;91:623-9.
144. Prichard M. A concept of continuing care. *Nursing Times* 1980;76:169-72.
145. Primärvård - omfattning och inriktning 1986. Stockholm: Socialstyrelsen, 1987.
146. Regeringens proposition om åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården m m. Stockholm: Socialdepartementet, 1980 (Prop. 1979/80:116).
147. Redfern S. Nursing elderly people - educational needs. *Aging and Society* 1986;5:339-48.
148. Roberts I. Discharged from hospital. London: Royal College of Nursing, 1975 (Research project series 2:6).
149. Robb S. Attitudes and intentions of baccalaureate nursing students toward the elderly. *Nursing Research* 1979;28:43-50.
150. SAS User's Guide: Basics, 5th ed. Cary, NC: SAS Institute Inc., 1985.
152. Schuman J E . Discharge planning in an acute hospital. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation* 1976;57:343-8.

153. Secord P F, Backman C W. Social Psychology. 2nd ed. New-York: McGraw-Hill, 1974.
154. Sekretesslag. Stockholm: Svensk författningssamling, 1982 (SFS 1980:1106).
155. Sekretess inom hälso- och sjukvården, omsorgsvården och socialtjänsten. Stockholm: Allmänna råd från Socialstyrelsen, 1982 (SOS 1982:4).
156. Selby P, Sechter M. Aging 2000. A challenge for society. Boston: MTP Press Limited, 1982.
157. Shaw M, Wright J. Scales for the measurements of attitudes. New York: McGraw-Hill, 1967.
158. Shortell S M. Continuity of medical care. Conceptualization and measurement. Medical Care 1976;14:377-91.
159. Silverman I. Response-set bias and predictive validity associated with Kogan's attitudes toward old people scale. Journal of Gerontology 1966;21:86-8.
160. Skeet M. Home from hospital. London: Macmillan Publ Co, 1980.
161. Skoglund J. Aging and retirement. Studies of attitudes toward the elderly in Sweden. Uppsala: Department of Psychology, Uppsala University, 1977 (Thesis).
162. Smedby B. Sjukdomspanorama och vårdandel. I: Ström C & Zotterman Y (red). Social och medicinsk omvårdnad av de äldre. Liber Förlag/Allmänna Förlaget, 1977.
163. Smedby B, Smedby Ö, Eriksson E A, Mattsson L-G, Lindgren Å S. Besökskontinuitet vid hälsocentralen i Tierp - tillämpning av en ny mätmetod. Läkartidningen 1982;79:4290-8.
164. Smith S, Jepson V, Persloff E. Attitudes of nursing care providers toward elderly patients. Nursing and health care. 1982;3:93-8.
165. Soeken K, Prescott B. Issues in the use of kappa to estimate reliability. Medical Care 1986;24:733-41.

166. Statistiska centralbyrån. Statistisk årsbok för Sverige 1986. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 1985.
167. Starfield B, Simborg D, Johns C, Horn S. Coordination of care and its relationship to continuity and medical records. *Medical Care* 1977;15:929-38.
168. Starfield B, Steinwachs D, Morris J, Bause G, Siebert S, Westin C. Concordance between medical records and observations regarding information on coordination of care. *Medical Care* 1979;17:758-66.
169. Svenska akademins ordlista. 11 uppl. Stockholm: P A Norstedt & Söners Förlag, 1986.
170. Tank Buschman M B, Burns E, Jones F. Student Nurses' attitudes towards the elderly. *Journal of Nursing Education* 1981;20:7-10.
171. Taylor K H, Harned T L. Attitudes toward old people: A study of nurses who care for the elderly. *Gerontological Nursing* 1978;4:43-7.
172. Tengvald K. Begreppet egenvård - om lekmannadeltagande i vården. I: Eriksson C G, Tibblin G (red.). *Aktiv egenvård - en gammal nyhet*. Uppsala: Institutionen för allmänmedicin, Uppsala Universitet, 1983 (Rapport 1).
173. Teorier och metoder i omvårdnadsforskning. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1982.
174. The uses of epidemiology in the study of the elderly. Geneva: World Health Organization, 1984. (WHO Techn Rep Ser 706).
175. Thorell-Ekstrand I, Wallstedt A-M. Skriftlig rapportering och dokumentation av omvårdnad. I: SHSTF:s serie Forsknings- och utvecklingsrapporter, 19. Lund: Studentlitteratur, 1986.
176. Thorslund M, Wernberg K. Äldres utnyttjande av service och vård. Uppsala: Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst, Uppsala Universitet, 1986 (Rapport).
177. Tibblin G. *Aktiv egenvård*. Stockholm: Spri, 1978 (Rapport 3).

178. Tollet S, Adamson C. The need for gerontologic content within nursing curricula. *Journal of Gerontological Nursing* 1982;8:576-80.
179. Tornstam L. Åldrandets socialpsykologi. *Socialmedicinsk tidskrift* 1978;55:546-61.
180. Tornstam L. Attityder, värderingar och samhälle. I: Ström C, Zotterman Y. Attityder och åldrande. Stockholm: Liber Förlag, 1979.
181. Tornstam L. Fakta om åldrandet - en frågelek. I: Ström C, Zotterman Y (red). Attityder och åldrande. Stockholm: Liber Förlag, 1979.
182. Tornstam L. Realiteter och föreställningar om vardagsproblem bland äldre, medelålders och yngre. Uppsala: Sociologiska institutionen, Uppsala universitet, 1981. (Arbetsrapport 1).
183. Tornstam L. Kunskaper och okunskaper om äldre. Uppsala: Sociologiska institutionen, Uppsala universitet, 1983 (Arbetsrapport 13).
184. Tornstam L. Sociala attityder till äldre. Uppsala: Sociologiska institutionen, Uppsala universitet, 1984 (Arbetsrapport 19).
185. Tornstam L. Känslomässiga attityder till äldre. Uppsala: Sociologiska institutionen, Uppsala universitet, 1985 (Arbetsrapport 20).
186. Tuckman J, Lorge I. Attitudes toward old people. *Journal of Social Psychology* 1953;37:249-60.
187. Walkon G A. A program for continuing care: Implementation and outcome. *Hospital Community Psychiatry* 1978;29:254-6.
188. Wells R. Life beyond the hospital. *Nursing Mirror* 1981;152:22-4.
189. Wells T. Geriatric nurses' knowledge and attitudes about care of old people. In: Wells T (ed). *Problems in geriatric care*. London: Churchill Livingstone, 1980.
190. Vård vid medicin- och kirurgkliniker 1983 samt jämförelser med 1977. Stockholm: Landstingsförbundet, 1985.

191. Verksamhetsberättelse för budgetåret 1980/81. Uppsala: Program för omvårdnadsforskning, Uppsala Universitet, 1981.
192. Westrin C G. Utmärkt kurslitteratur om psykiatrisk omvårdnad. *Socialmedicinsk tidskrift* 1986;63:494-8.
193. Wilhite M J, Johnson D M. Changes in nursing students' stereotypic attitudes toward old people. *Nursing research* 1976;25:430-2.
195. Yin R. Case study research. Design and method. London: Sage Publications, 1984.
196. Yura H, Walsh M B. The nursing process. 4th ed. New York: Appleton-Century Croft, 1983.
197. Zuckerman A, Starfield B, Hochreiter C, Kovasznay B. Validating the content of paediatric outpatient medical record by means of tape-recording doctor-patient encounters. *Paediatrics* 1975;56:407-11.
198. Åkerhagen Altemark M. Reliabilitet i psykiatriska diagnoser. Uppsala: Psykologiska enheten, Forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus, 1984.
199. Åldrandet - problem och strategi. Stockholm: Spri, 1982 (Rapport 92).
200. Äldreomsorg och ekonomi. Stockholm: Spri, 1983 (Rapport 164).
201. Öst L G. Reliabilitetsmätning vid observationer och skattningar. *Nordisk tidskrift för beteendeterapi* 1979;8:133-59.

Patientfall

1.1 KOMMENTARER

Hemfärden:

”När maken kom från X (landsbygdskommun) på besökstiden var jag utskriven – men ytterkläderna fanns hemma och det var snö och kallt”

”Min make var ute och arbetade och han visste inte att jag sänts hem och jag hade inga nycklar då jag kom hem”

Kontinuitet i vården vid byte av vårdnivå:

”Det skulle ha sänts papper till vårdcentralen men de fanns inte vid läkarkontrollen – jag fick ta mig hem igen och vet inte när jag ska tillbaka”

Information:

”Jag önskar att jag fått veta hur jag ska sköta mig och hur mycket jag får göra t ex tvätta fönster för det får inte hemsamariten göra”

Ensamhet och beroende:

”Jag har inte pratat med någon sedan jag kom hem. Doktorn sa’ att jag skulle kontakta distriktssköterskan men jag kan ju inte ta’ mig ner för trapporna själv”

1.2 PATIENTBESKRIVNINGAR

Fall 1

Herr O var 76 år och ensamboende. Han var änkeman och hade en yrkesarbetande dotter boende i samma stad. Han hade hemsamarithjälp en gång i veckan och larmmöjlighet till ett servicehus.

Han vårdades under nio dagar på en ortopedavdelning för akuta smärtor i ländryggen vilket gjort att han ej kunde resa sig ur sängen.

I patientrapportbladet hade följande antecknats av sjuksköterskorna.

- diarré
- klarar sig hemma
- ont, mycket förstoppad

Någon anteckning om utskrivningen fanns ej.

I sjukgymnastjournalen hade antecknats "träning uppstigning, gångträning, instruktioner om hemprogram givits." Kuratorsjournal och arbetsterapeutjournal saknades.

I epikrisen fanns följande antecknat " 75 årig man, gick hem för tre dagar sedan men åter in. Bor ensam i modern lägenhet. Akut smärta i ländryggen och kunde ej ta sig ur sängen. Utskrives till hemmet för fortsatt mobilisering". Något återbesök fanns ej angivet.

Om hemfärden berättade herr O att han for hem med ambulans vid 13-tiden på dagen och att dottern skulle komma efter arbetets slut kl 17.00. Han var "skärrad" eftersom han inte kunde sitta. Han hade en känsla av att vara utelämnad och övergiven av sjukvården när han behövde den. "Varje människa behöver hjälp, inte bara de intressanta. Tänk om man kunde få samtala om sin situation. I mitt fall har det varit påståenden om vad jag klarar. Var finns uppföljningen och kontrollen? Kortfattade instruktioner som inte är kopplade till verkligheten hjälper inte den situation man har."

Herr O berättade att ambulansmännen burit honom upp till bostaden och lagt honom på sängen. Han hade så ont att han inte kunde ta sig upp ur sängen efter det. Han kunde inte klara sig. Det var först när dottern kom som han fick en telefon vid sängen. När intervjun skulle ske lämnades dörren olåst eftersom herr O var oförmögen att stiga upp.

Distriktssköterskan inom det sjukvårdsdistrikt som herr O tillhörde kände till honom genom omläggning av trycksår på fötterna.

Den aktuella situationen var ej känd och något meddelande hade ej kommit från sjukhuset.

Vid kontaktförsök på nytt med denna person några dagar senare hade han åter tagits in på samma avdelning och var opererad.

Fall 2

Herr Y var 66 år och gift. Han bodde med sin maka i en landsortskommun. De bodde i en lägenhet ett par trappor upp och det fanns ej hiss i huset.

Herr Y hade varit intagen på en av de medicinska vårdavdelningarna för hjärtinfarkt samt hög feber och hosta. Vistelsen på avdelningen varade i 13 dagar. Han hade inte tidigare vistats på medicinkliniken. Han led av ryggbesvär sedan lång tid tillbaka samt hade synnedsättning på grund av starr.

Ur sjukhusjournalen hämtades följande anteckningar på patientrapportbladet från den aktuella vistelsen på avdelningen:

- PC överkänslig
- hosta
- obstiperad fått pурсennid
- lugnt

Ingen anteckningen fanns om utskrivningen.

Epikriska hade av utskrivande läkare sänts till remitterande läkare.

Herr Y skrevs hem samma dag som han meddelades att detta skulle ske och av en annan läkare än han mött vid inskrivningen. Utskrivningen blev splittrad och avbruten. Han hade inte frågat doktorn om något för de hade så mycket på avdelningen. "Är gumman frisk frågade doktorn och se'n fick jag recepten." "Syster E som var trevlig och som jag pratat med var inte där den dagen". Herr Y skrevs ut på förmiddagen och sängplatsen intogs av en annan patient. "Jag fick vänta tills eftermiddagen och var i dagrummet - försökte nå frugan, men det är inte lätt att komma åt telefon på sjukhus".

När herr Y for hem (ca 8 mil) skedde det i taxi med tre andra patienter som också skulle åt.X-hållet. "Jag har så ont i ryggen att jag har svårt att gå - träning i en halv trappa på sjukhuset gör inte att man klarar av att fara hem själv." "Det var så jobbigt att jag inte vet vad..." Väl hemma kom snart en granne som hjälpte honom upp för trapporna. "Dumt nog sa' jag till taxichauffören att jag inte behövde hjälp"

"P (hustrun) blev förskräckt när hon kom hem och fann mig hemma."

Herr Y hade inte haft kontakt med distriktssköterska nu eller tidigare och denna kände heller ej till honom.

Herr Y var mycket svag och orkeslös fem dagar efter utskrivningen och kräver hustruns assistans.

Fall 3

Herr V levde med sin sambo i en landsortskommun. Han var 88 år och såg mycket dåligt. Sambon var några år yngre och sjuklig men de hjälpte varandra så gott det gick. Någon hemsamarithjälp sade de att de ej behövde. Ingen hade barn eller närmare anhöriga i livet.

Under 18 dagar vistades herr V på en medicinavdelning på grund av bradycardi, Adams–Stokes syndrom och incomp cor. (hjärtinkompensation). En pacemaker inopererades under denna tid. Sjukhusvistelsen sade herr V vara sig nöjd med men nätterna var långa genom att han måste lägga sig klockan 20.00 och var van vid att gå till sängs först vid 24-tiden. Sömntabletterna som han fick för att somna sade han att han blivit "virrig" av. Personalen var för många. Det var ständigt nya ansikten tyckte herr V. "Alla presenterade sig men jag kommer bara ihåg vad dr B hette".

På sjuksköterskornas patientrapportblad fanns följande antecknat

- pulskontroll
- vacklar, ostadig på benen
- okontaktbar, till avd X för pacemaker, åter
- bl tr kontroll, har ej kissat
- KAD satt – fungerar
- tromboflebit på vä arm
- ramlat ur sängen under natten
- funderar på hemgång

I epikrisen fanns angivet att brev skulle sändas till X vårdcentral angående kontroll om två månader. Herr V visste att han skulle på kontroll till vårdcentralen om två månader. Utskrivningen fick herr

V reda på ett par dagar före och avdelningsföreståndaren ringde hem och meddelade sambon. Hemfärden på cirka åtta mil skedde med taxi och gick bra men var mycket tröttsam.

"Doktorn sa att distriktssköterskan skulle komma men vi har inte hört av henne ännu, men hon har väl mycket och har inte hunnit". Vid intervju med distriktssköterskan kände hon inte till att patienten vistats på sjukhus och skrivits ut med ett sådant besked. Hon hade heller ej tidigare haft någon kontakt med den aktuella patienten.

Det herr V tyckte var besvärligt efter utskrivningen var osäkerheten om vad en pacemaker innebär. "Hur ska vi göra när han ska bada?" undrade sambon "jag orkar ju själv nästan ingenting". Vidare "jag har fått en liten bok som han (herr V) fått med sig hem, men vi ser så dåligt båda två att den är svår att läsa."

Fall 4

Fru S var en 70-årig dam. Hon bodde i ett hyreshus utan hiss. Hon var sammanboende med sin sju år äldre make. Den enda dottern bodde på annan ort. Hemsamarithjälp fanns sedan länge.

Fru S hade sedan tidigare högersidig svaghet i ben och arm på grund av stroke. Hon hade vårdats på sjukhus under 83 dagar för en vänstersidig femurfraktur vid det nu aktuella vårdtillfället.

Sin sjukhusvistelse var fru S kritisk till och angav flera konkreta exempel såsom: "Personalen växlar så mycket och så många frågor samma saker. Efter ett tag la' man av för oftast visste den som kom in ändå inte hur det skulle vara med mig." En annan kommentar var: "Konstigt, maken var på besök två gånger varje vecka, men hade aldrig någon kontakt med personalen." Hon kom inte ihåg namnet på någon sjuksköterska men kände till namnen på tre olika läkare. Enligt fru S verkade det vara oväsentligt med patienten och dennes anhörige och hon sade: "Personalen diskuterar sinsemellan utan att man som patient är införstådd". I patientjournalen fanns följande antecknat på det patientrapportblad som sjuksköterskorna fört:

- allmäntillståndet bra postop
- huvudvärk, ont i benet
- andfådd
- suttit uppe
- börjat blåsträning KAD

- gåskola
- gått i korridoren med make
- gått i morse
- hem i morgon
- pratat med kuratorn

Kuratorsjournalen angav kontakter med make och att man beslutar ta kontakt med hemvårdsassistent för utökning av hemsamarithjälp, vilken tidigare var två gånger per vecka. Vidare angav journalen att trösklar borde tas bort, att hemsjukvårdsbidrag skulle sökas liksom remiss till rehabilitering på dagavdelning.

I epikrisen stod att cortison sattes in, att patienten hade belastningssmärtor, att patienten kunde gå med bockar samt att läkarkontroll skulle ske om två månader. Fru S förvarnades i god tid – fem dagar – om utskrivningen. Hon sade att hon tyckte att personal ofta hade fel information om henne. Vid utskrivningen sade doktorn "Karin kan ju gå". Fru S sade att hon verkligen inte kunnat gå och att hon då endast gått en mycket kort stund i korridoren med hjälp av en gåstol och sin make. Både maken och hon blev helt utmattade men ingen hade frågat hur det egentligen hade avslöpt. Hemfärden från sjukhuset skedde med taxi och med hjälp av maken. Han var så uttröttad efter att ha hjälpt sin fru uppför de två trapporna att han fick besvär och måste gå och lägga sig. "Han är inte stark och nu får jag sköta en sjukling. Men han måste hjälpa mig när hemsamariten inte är här."

Efter utskrivningen var patienten rullstolsbunden men kunde gå med stöd. ADL-index enligt Katz var enligt beteckningen F. Maken måste alltid hjälpa fru S in på toaletten där han även måste hjälpa henne att sätta och resa sig.

Distriktssköterskan hade inte nåtts av information om utskrivningen av patienten från sjukhuset men hade tidigare haft kontakt. Vad hon visste var att en hemvårdsassistent ringt och bett henne skriva ansökan om hjälpmedel (toalettstolsförhöjning).

Fru S hade ofta bråttom in på toaletten på grund av urininkontinens. Dörrposten skulle tas bort för att rullstolen skulle kunna gå in. "Vi ska få hjälp att ta bort dörrposten men vet ej när det blir." Ett problem vid förflyttningen var besvär av spetsfoten som utvecklats under sjukhusvistelsen. Ett annat var ett trycksår. "Hade detta verkligen inte kunnat undvikas?" undrade fru S.

Fru S upplevde att hon hade många dagliga problem, men att ingen resonerade med henne så att hon kunde välja eller riktigt

säkert visste vad som skulle ske och när. Någon riktig linje i det som skedde kunde hon inte riktigt se och nämnde som exempel "De tog bort blåskatetern da'n innan jag for hem. Nu är jag här med en urinvägsinfektion och måste ständigt på toaletten. Jag ska visst få någon sits till toalettstolen så småningom."

Fall 5

Fru A var en 87-årig änka med två vuxna döttrar boende på annan ort. Hon var synskadad och använde vit käpp. Vid intervju-tillfället fyra dagar efter hemkomsten var fru A glad, redig och gav ett vitalt intryck trots problem med synnedsättning och nedsatt rörelseförmåga i en bruten arm. Hon bodde i lägenhet i stadskommunen och hade hemsamarithjälp två timmar varannan vecka men påpekade att "i stället kommer två unga flickor i en timme. De är oftast okunniga och växlar ständigt".

Hon vistades under 17 dagar på en medicinavdelning för kronisk luftrörskatarr. Straxt efter ankomsten till sjukhuset bröt hon armen.

Sjukhusvistelsen medförde att hon känt sig mycket utelämnad. "Jag hade inte någon grind på sängen när jag kom till avdelningen och jag trillade ur och bröt armen. Biträdena ville påskina att jag klivit över grinden och sa' du ska inte ljuga". Vidare: "Mina medpatienter intygade att jag inte haft grind. Jag har inte ljugit".

I sjukhusjournalen fanns inför utskrivningen antecknat att patienten har två döttrar, klarar ADL, att hon är passiv och helst vill ligga på sängen. Patientrapportbladet fört av sjuksköterskorna innehöll följande

- astma, op struma
- flimmerhjärta
- vä.sidiga bröstsmärtor
- klar, redig, lite tungandad
- gått upp och ramlat – 0 skada, trög mage.
- höger hand svullen, frakt. dx handled – gips
- orolig, förvirrad. Ramlat på toaletten.
- mår illa, kräks, hem måndag, med. sorbril.

Arbetssterapijournal angav angående ADL-status att fru A klarade toalettbesök, dusch samt att ta på klänning. Beträffande förmåga att ta på strumpor och skor var detta noterat med "vet ej". Kuratorsjournal eller anteckningar om sjukgymnastik fanns ej i journalen.

Fru A tyckte att hon blivit förvarnad om utskrivningen i god tid (fem dagar). Hon hade kommit hem med ambulans. Hon tyckte det var svårt att klara sig efter hemkomsten. Detta berodde på att hemsamariten blev sjuk och ingen ersättare kom. Döttrarna bor på annan ort. Den brutna armen besvärde i form av viss värk och rörelsebegränsning. Hon hade exempelvis inte kunnat borsta sin tandprotes sedan hemkomsten.

Distriktssköterskan visste ej att patienten vistats på sjukhus, men kände henne sedan tidigare genom en förfrågan från fru A om att få en toalettstolsförhöjning, vilket hon också erhölet.

Fall 6

Fru T var en mentalt mycket pigg 86-årig kvinna som bodde ensam i en tvårumslägenhet vilken låg på nedre botten i ett större hyreshus i den centrala delen av stadskommunen.

Hennes sociala situation var att som enda anhörig hade hon en systerdotter bosatt på annan ort. Fru T hade haft kontakt med en grannfru under flera år, men grannfamiljen var just i full färd med att flytta till en annan stadsdel. Hemsamarithjälp var ordnad två gånger per vecka sedan några år tillbaka. Fru T stod i kö till servicehus dit hon gärna ville komma.

Fru T hade fallit och slagit sig och därför blivit inlagd på en ortopedkirurgisk avdelning under diagnosen contusio coxae (kontusion av höftregionen). Hon hade inte tidigare vistats på sjukhuset. I journalen fanns angivet att hon dessutom hade en utsliten höftled, högt blodtryck och balansrubbing. Sjukhusvistelsen varade i tre dagar och hon skrevs ut till hemmet av en läkare som hon sade sig ej ha träffat innan. Något återbesök fanns inte antecknat i journalen och enligt fru T skulle hon inte återkomma till sjukhuset eller någon annan läkare.

I patientjournalen fanns följande antecknat på patientrapportbladet fört av sjuksköterskorna vid det aktuella vårdtillfället:

- duktig i gåstolen
- anfall av TIA i morse
- yr – känsla av att falla bakåt

Ingen anteckning fanns angående utskrivningen.

Någon uppgift om anhörigkontakt, kuratorskontakt fanns ej, ej heller något om utskrivningsförberedelser. Även om ingen anteckning fanns om kuratorskontakt sade fru T att hon talat med en kurator. Detta gällde att få komma till servicehus och att påverka kön till detta. "Men jag vet inte vad som hänt med det. Hur skall jag få reda på det?"

Sin sjukhusvistelse beskrev hon som att hon känt sig utelämnad och att det berodde på att hon inte kunde påverka något i sin situation. "Alla tog reda på hur jag skulle ha det, men oftast var det fel i alla fall" var hennes kommentar. Hon lärde inte känna någon genom att personalen växlade. Hon visste inte vad någon av vårdpersonalen hette, ej heller avdelningsföreståndaren. Genom att titta på ett recept kunde hon ange namnet på den läkare som skrev ut henne.

Fru T for hem ensam i ambulans. Vid intervjutillfället bedömdes hennes ADL-status och kategoriserades som D enligt Katz' ADL-index. Hon var beroende av hjälp med sin personliga hygien, på- och avklädning samt hade inkontinensproblem. Fru T sade att hon hade besvärlig värk efter fallet. Hennes största problem omedelbart efter hemkomsten var också hur hon skulle få ut värkmedicinen hon fått recept på av utskrivande läkare. En hemsamarit – "en tös jag inte sett tidigare" – kom tre dagar efter hemkomsten. "Jag hade svår värk och svårt att ta mig upp från sängen så därför låg jag tills hon kom."

Distriktssköterskan hade inte någon kännedom om fru T:s sjukhusvistelse och inte heller tidigare haft någon kontakt med henne.

Ett problem för fru T efter utskrivningen var att hon inte visste till vem hon skulle kunna vända sig. "Inte kan jag ty mig till hemsamariterna – de är ungdomar som ständigt växlar, snälla och rara ibland, men som inte vet hur de ska hjälpa en gammal och sjuk människa." Hon kände oro för sin glömska och tyckte att hennes dåliga hörsel och syn var besvärande i kontakt med andra människor. "Jag ser inte så bra och är rädd att glömma spisen på utan att märka det". Hon uttryckte också rädsla för att falla och använde rollator. Ett annat problem var att hon inte kunde använda färdtjänst om hon måste ta sig till sjukhus. Vidare hade hon mycket svårt att ta på strumpor och byxor, vilket grannfrun alltid tidigare kommit in och hjälpt till med.

Fall 7

Fru X var 81 år. Hon var änka och bodde i ett flerfamiljshus i ett förortsområde. Hennes dotter var yrkesarbetande på heltid och hade inte mycket tid som hon kunde vara hos modern enligt denna. Sedan några år hade fru X en pacemaker inopererad. Hon

hörde mycket dåligt samt hade en så nedsatt syn att hon ej kunde läsa. I sitt hem hade hon trillat ihop på golvet och var vid ankoms-
ten till sjukhuset enligt läkares journalanteckningar desorienterad
och hade svårt att finna ord.

Hon intogs på en vårdavdelning där hon hade vistats en gång
tidigare. Fru X skrevs in under diagnosen epilepsi och yrsel samt
för vård och mobilisering enligt de journalanteckningar som gjor-
des vid vårdtillfället.

Efter åtta dagars vistelse på sjukhus skrevs hon ut av samma
läkare som skrivit in henne på vårdavdelningen. I epikrisen fanns
angivet att ökad hemsamarittid borde ordnas och att epikriskopia
sändes till läkare på den aktuella vårdcentralen. Ytterligare notering
i samband med utskrivningen var att patienten "är mobiliserad med
gångträning".

Kuratorsjournal eller journal från arbetsterapeut eller sjukgym-
nast finns ej i sjukhusjournalen.

Sjuksköterskornas patientrapport som den bevarats i patientens
journal innehöll under perioden för sjukhusvistelsen följande:

- inkommer med yrsel
- inga kramper
- blodprover ord.
- lugnt

Ingen anteckning fanns angående utskrivningen eller förberedelser
inför denna.

Distriktssköterskan inom patientens sjukvårdsdistrikt kände till
patienten genom att fru X tidigare behandlats för bensår och då
även haft kontakt med dottern. Någon kännedom om patientens
vistelse på sjukhus och utskrivningen därifrån till hemmet hade
hon inte.

Fru X sade att hon förvarnades om utskrivningen dagen före
och att hon inte haft några problem i samband med hemfärden
från sjukhuset. Ett bekymmer var dock att hörapparaten under
sjukhusvistelsen lämnats på reparation till "någon". Den hade hon
en vecka efter hemkomsten inte återfått. "Vet inte var den finns
nu" sade fru X "Vad den som tog den hette eller vad hon var för
något vet jag inte - men det var nog en sköterska." Fru X sade att
hon väntade på en rollator som sjukhuset ordnat, men att hon inte
visste när den skulle komma. Under tiden använde hon en käpp att
stödja sig på. Hon sade att hon fallit en gång efter utskrivningen
och att hon då kunde resa sig från golvet själv.

I fru X fall framkommer att utskrivningen till hemmet inte varit problemfri. Dels har hennes kommunikation med omgivningen försvårats genom att hörapparaten inte funnits tillgänglig och av att hon inte visste var den fanns. Dels har hennes egen roll i vården inte understötts genom att hon inte heller visste hur länge hon måste vänta på att få rollator. Några råd om fortsatt mobilisering sade hon sig inte ha fått och anteckningarna i journalen gav heller inte belägg för detta.

Kontinuiteten i patientens egenvård har givit exempel på brister beträffande innehåll, däremot finns ett exempel på att organisationsaspekten fungerat nämligen vid intagningen på sjukhuset då fru X fick återkomma till samma vårdavdelning som hon vistats på vid tidigare vårdtillfälle.

Fall 8

Fru L var änka sedan flera år och bodde i en stadskommun i en lägenhet en trappa upp i ett hyreshus utan hiss. Hon hade sex söner. Fru L vistades under åtta dagar på en avdelning vid en medicinklinik under diagnosen incomp cor. (hjärtinkompensation). Hon hade fått komma till samma vårdavdelning som hon vistats på tidigare. Hon hade sedan gammalt ledbesvär och svårigheter att gå på grund av reumatoid artrit.

Från sjukhusvistelsen fanns i journalen inte antecknat något om sociala förhållanden. Vid ankomsten hade läkare noterat att hon var mycket ångestladdad.

På patientrapportbladet fanns följande antecknat från den aktuella sjukhusvistelsen

- kräkts upp tabl
- mår bra
- får gå på toalett

Sjukgymnastisk behandling hade enligt patienten givits men anteckningar om vad denna inneburit fanns ej i journalen. Kura-tors- och arbetsterapijournal saknades.

I patientens journal fanns inga anteckningar om utskrivningen eller förberedelser inför denna. Tid för återbesök hos läkare hade patienten dock fått en månad efter utskrivningen. Distriktssköterskorna inom patientens sjukvårdsdistrikt hade ingen kännedom om patienten.

Patienten tyckte att utskrivningen hem hade gått bra. "Jag har sex pojkar varav fem i här i stan som hjälper mig." Hon hade var-

skotts om utskrivningen ett par dagar innan och då ringt till en son som hjälpt henne hem. "Avdelningssköterskan, syster X, hade ordnat allt och såg till att jag fått matservice".

Fru L:s situation efter utskrivningen var präglad av att hon inte kunde gå i trappor själv och därför vistades mycket inomhus. Fru L sade att efter utskrivningen var det svårt med alla oläsliga recept och att det behandlingsschema hon fått av sjukgymnast var svårt att följa utan någon hjälp. Det skulle hon behöva ha.

Hon sade sig ha gått ner mycket i vikt under sjuklustiden och gav kommentaren "Ingen kollar vad man äter och det är svårt för mig att äta med mina dåliga leder". Hon tyckte att personalen varit mycket upptagen men hade känt sig lugn och trygg genom att hon kände några (bland annat avdelningsföreståndaren) på avdelningen sedan tidigare vistelse där.

Distriktssköterskan visste vem patienten var men inte att hon hade vistats på sjukhuset.

Fru L uttryckte följande om sin situation. "Det är när man kommit hem som om man borde vara frisk. Men jag har ganska mycket värk och har inte kunnat gå mycket. Grabbarna försöker hjälpa till men har ju sitt. Jag vill heller inte vara till besvär. Mitt problem är att jag går ner i vikt hela tiden och inte behåller tabletterna. Orkar heller inte göra rörelserna som jag skulle."

Formulär

Bilaga 2:1
Befintliga
formulär

SJUKHUSET				Pat namn föd år mån dag nr
BEHANDLAD Å	klirik	avd	utskr den	
DIAGNOS:				Till
Meddelande till distriktssköterskan:				
19 - -				
avdelningsläkare, poliklinikläkare				

Till	Pat namn föd dat, adress o tel			
	Behandlad å	klirik,	avd	utskr den
Diagnos				
Meddelande till distriktssköterskan				
/ 19				
avdelningsläkare, mottagningsläkare				

MEDDELANDE TILL DISTRIKTSSKÖTERSKAN/ SERVICEHUS

Inrättning, klin, avd/mott

Personnr

Namn

Adress

Tfn

Diagnos	
Vårdtid	
Mediciner	
Behandling/ Ordination	
Ev återbesök	
Underskrift	(Sjuksköterska) (Läkare)

UTSKRIVNINGSMEDDELANDE

till distriktssköterska

Denna utskrivningsblankett är en rapportering av patientens omvårdnad vid sjukhusvistelse. Syftet är att orientera distriktssköterskan om patientens situation med avsikt att uppnå kontinuitet i vården.

Patientbricka

Ålder Utskrivningsdag

Från
Leg sjuksköterska

Avd Klinik

Adress
.....

Telefonnummer

Boendeform

☐ Ensam ☐ Make/maka ☐ Annan

ålder vem

- OMVÅRDNADSSUMMERING (ange de viktigaste problemen från den aktuella sjukhusvistelsen t ex KAD, glömska. Ev specificering anges på baksidan)

.....
.....
.....

Bedöms behöva hjälp med omvårdnad efter utskrivning av

distriktssköterska ☐ ja ☐ nej

- MEDICINSK DIAGNOS

→ Pat informerad ☐ ja ☐ nej

- PLANERADE ÅTERBESÖK

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Läkare Läkare Distrikts- Distrikts- Sjuk- Kurator Annan Inga
(sjukhus) (primär sköterska arbets- gymnast
vård) terapeut

- BEHOV AV OMVÅRDNADSHJÄLP INFÖR ELLER I SAMBAND MED PLANERADE ÅTERBESÖK

☐ nej

☐ ja

- BEHOV AV FORTSATT HJÄLP MED OMVÅRDNAD

☐ nej

☐ ja

- BEHOV AV ADL-HJÄLPMEDEL

☐ Nej ☐ Ja

☐ finns redan hos patienten

☐ beställt från Datum

☐ behöver följas upp beträffande

Detta är ett försöksexemplar och
får ej kopieras.

VÄND!

CL/-85

• FÖRMÅGA ATT SKÖTA ADL (Katz' Index) VID TIDPUNKTEN FÖR UTSKRIVNINGEN

	Oberoende	Delvis beroende	Helt beroende	Anmärkning
Badning och tvättning	☐	☐	☐	
På- och avklädning	☐	☐	☐	
Toalettbesök	☐	☐	☐	
Förflyttning	☐	☐	☐	
Kontinens	☐	☐	☐	
Födointag	☐	☐	☐	

• FÖREKOMST AV

☐ Amputation	☐ Talrubbing
☐ Förlamning	☐ Hörselnedsättning
☐ Kontrakturer	☐ Synnedsättning
☐ Trvcksår	☐ Känselbortfall
☐ Kvarliggande kateter	☐ Smärtor
☐ Inget av ovanstående	☐ Inget av ovanstående
☐	☐

• FÖRMÅGA TILL KONTAKT OCH KOMMUNIKATION MED OMGIVNINGEN

☐ Normal
☐ Glömsk
☐ Deprimerad
☐ Förvirrad (tidvis)
☐ Inget av ovanstående ^(ange nedan)
☐

• NÄRMARE BESKRIVNING AV OMVÅRDNADSBEHOV VID TIDPUNKTEN FÖR UTSKRIVNING
(enligt markeringar i ovanstående ruta)

CL/85

TORNSTAMS KUNSKAPSTEST OM ÄLDRE

Avgör för vart och ett av påståendena nedan om Du tror att det som sägs i påståendet stämmer med verkligheten eller ej - om det är rätt eller fel. Markera med kryss!

	Rätt	Fel		Rätt	Fel
1 Mer än 20 % av Sveriges befolkning är nu ålderspensionärer.	☐	☐	15 Mer än 1/4 av ålderspensionärerna bor omodernt.	☐	☐
2 Mer än hälften av ålderspensionärerna har ej egna tändar, utan enbart löständer.	☐	☐	16 Ungefär var femte ålderspensionär bor i lägenhet, minst en trappa upp, som saknar hiss.	☐	☐
3 Mer än 10 % av ålderspensionärerna är sängbundna.	☐	☐	17 Mindre än hälften av ålderspensionärerna klarar en oförutsedd utgift på 3 000:-.	☐	☐
4 Hälften av ålderspensionärerna har cirkulationssjukdomar.	☐	☐	18 Mer än 1/4 av ålderspensionärerna äger eller har på annat sätt tillgång till fritidshus.	☐	☐
5 Hälften av ålderspensionärerna har nedsatt hörsel, dvs svårigheter att uppfatta samtal mellan flera personer.	☐	☐	19 Mer än hälften av ålderspensionärerna har dåliga matvanor.	☐	☐
6 Lungkapaciteten tenderar att gå ned på gamla dar.	☐	☐	20 Reaktionstiden är längre hos äldre jämfört med yngre.	☐	☐
7 Äldre arbetare råkar oftare ut för olycksfall i arbetet jämfört med yngre.	☐	☐	21 Mer än var femte ålderspensionär är trångbodd.	☐	☐
8 Själv mord är vanligare bland äldre än bland yngre.	☐	☐	22 Mer än var tredje ålderspensionär bor i småhus.	☐	☐
9 I samband med åldrandet blir människor mer och mer religiösa.	☐	☐	23 Mindre än 5 % av ålderspensionärerna vill flytta till annan bostad.	☐	☐
10 Närmare 3/4 av ålderspensionärerna umgås ofta med släkt och vänner.	☐	☐	24 Mer än var tredje ålderspensionär är ensamboende.	☐	☐
11 Nästan hälften av ålderspensionärerna känner sig ofta ensamma.	☐	☐	25 Mer än var femte ålderspensionär bor på institution.	☐	☐
12 Äldre människor behöver vanligen längre tid för att lära sig något nytt.	☐	☐	26 Alla sinnesorganen försämrats med stigande ålder.	☐	☐
13 Nästan hälften av alla ålderspensionärer känner leda och otillfredsställelse med sin situation.	☐	☐			
14 Vid 80-årsåldern har hjärnan förlorat 25-50 % av sina hjärnceller.	☐	☐			

Bilaga 2:4
Attitydtest
Kogans
OP-skala

KOGANS OLD PEOPLE SCALE

Markera med ett kryss det svarsalternativ som stämmer bäst med Din uppfattning.

	Instämmer helt och hållet	Instämmer med tvekan	Tveksam	Tar av- stånd med tvekan	Tar av- stånd helt och hållet
1 Det vore antagligen bäst om de flesta äldre människor bodde i hus där det bor mest äldre.	☐	☐	☐	☐	☐
2 De flesta äldre är glada och trevliga.	☐	☐	☐	☐	☐
3 De flesta äldre klagar jämt på den yngre generationen.	☐	☐	☐	☐	☐
4 Människor blir klokare och visare med åren.	☐	☐	☐	☐	☐
5 Äldre människor har alltför mycket makt och inflytande i politik och affärer.	☐	☐	☐	☐	☐
6 När man tänker efter så har äldre samma fel och brister som yngre.	☐	☐	☐	☐	☐
7 För att bibehålla ett trevligt bostadsområde är det bäst att inte alltför många äldre bor i det.	☐	☐	☐	☐	☐
8 De flesta äldre vill fortsätta att yrkesarbeta så länge de kan.	☐	☐	☐	☐	☐
9 De flesta äldre låter sina hem bli stökiga.	☐	☐	☐	☐	☐
10 De flesta äldre vårdar sig om sin person och är prydliga och rena.	☐	☐	☐	☐	☐
11 De flesta äldre är irriterade, griniga och tråkiga.	☐	☐	☐	☐	☐
12 De flesta äldre behöver inte mer kärlek och uppmuntran än yngre.	☐	☐	☐	☐	☐
13 Det är helt klart att de flesta äldre är mycket olika varandra.	☐	☐	☐	☐	☐
14 De flesta äldre skiljer sig inte från de yngre - de är lika lätta att förstå sig på som yngre.	☐	☐	☐	☐	☐
15 De flesta äldre har stelnat i sitt eget sätt att vara och som då är svårt att ändra.	☐	☐	☐	☐	☐
16 De flesta äldre kan vanligtvis hålla sitt hem städat och pyntat.	☐	☐	☐	☐	☐

(forts.
Kogans
OP-skala)

	Instämmer helt och hållet	Instämmer med tvekan	Tveksan	Tar av- stånd med tvekan	Tar av- stånd helt och hållet
17 Det är fel att hävda att klokhet och vishet kommer med ökad ålder.	☐	☐	☐	☐	☐
18 Man kan räkna med att ett bostadsområde är trevligt att bo i om där finns ett stort antal äldre.	☐	☐	☐	☐	☐
19 De flesta äldre är ganska lika varandra med vissa få undantag.	☐	☐	☐	☐	☐
20 En av de bästa sakerna med äldre är deras intressanta berättelser om sina många erfarenheter.	☐	☐	☐	☐	☐
21 De flesta äldre intresserar sig alltför mycket för andras liv och ger råd som ingen bett om.	☐	☐	☐	☐	☐
22 De flesta äldre borde bry sig mer om sitt utseende - de är ofta för ovärdade.	☐	☐	☐	☐	☐
23 Äldre människor borde ha mer makt och inflytande i politik och affärer.	☐	☐	☐	☐	☐
24 Äldre människor får många att känna sig illa till mods.	☐	☐	☐	☐	☐
25 Det bästa vore om de flesta äldre bor i hus där även yngre bor.	☐	☐	☐	☐	☐
26 Det är något som är annorlunda med de äldre - det är svårt att förstå sig på dem.	☐	☐	☐	☐	☐
27 De flesta äldre kan anpassa sig till nya situationer när omständigheterna kräver det.	☐	☐	☐	☐	☐
28 De flesta äldre föredrar att sluta sitt yrkesarbete vid pensioneringen.	☐	☐	☐	☐	☐
29 De flesta äldre håller sig för sig själva, ger bara råd när man ber dem.	☐	☐	☐	☐	☐
30 Om äldre vill bli omtyckta måste de först försöka göra sig av med irriterande fel och brister.	☐	☐	☐	☐	☐
31 Man hör sällan äldre klaga på den yngre generationen.	☐	☐	☐	☐	☐
32 De flesta äldre gör alltför stora anspråk på att få kärlek och uppmuntran.	☐	☐	☐	☐	☐
33 Det är mycket avkopplande att vara tillsammans med äldre.	☐	☐	☐	☐	☐
34 De flesta äldre tråkar ut andra genom att enträget tala om "den gamla goda tiden".	☐	☐	☐	☐	☐

Bilaga 2:5
Attitydtest
Handlings-
beredskap

HANDLINGSBEREDSKAP

Här nedan följer ett antal frågor som berör Dina praktiska erfarenheter i Din kontakt med äldre patienter. Kryssa för det svarsalternativ som ligger närmast Din egen uppfattning!

		Alltid	Nästan alltid	Ibland	Sällan	Aldrig	Ingen er- farenhet
1	Hur ofta kan Du tänka Dig att göra avsteg från gällande praxis för att tillgodose äldre patienters öns- ningar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Hur ofta försöker Du påverka äldre personers vanor då de skiljer sig från Dina kunskaper/erfarenheter om vad som är lämpligt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Hur ofta brukar Du märka att det är svårare att samråda med äldre pa- tienter än med yngre?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Hur ofta brukar Du märka att äldre patienter har svårt att inse sitt bästa?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Hur ofta brukar Du märka att äldre patienter har svårt att anpassa sig till ändrade förhållanden?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	Hur ofta låter Du den äldre patienten beskriva sin aktuella situation?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Hur ofta skulle Du beträffande äldre patienter vilja överlämna uppgifter av social karaktär för att kunna ägna Dig åt enbart sjukvårdande arbete?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	Hur ofta utgör de äldre patienternas tacksamhet en stimulans för Dig att ge dem hjälp?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	Hur ofta irriteras Du över att Du tycker att de äldre patienterna har otidsenliga åsikter?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	Hur ofta tillfrågar Du de anhöriga för att få en adekvat bild av de äldre patienternas vårdbehov?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	Hur ofta utför Du en vårdåtgärd i samråd med den äldre patienten?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ACTA UNIVERSITATIS UPSALIENSIS
Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine
Editor: The Dean of the Faculty of Medicine

1. *Bengt Haglund*: Vilka får sjukvård? En statistisk och kartografisk studie av vårdutnyttjande i Uppsala län. (English Summary: Health Care for Whom? A Statistical and Cartographic Study of Health Care Utilization in the County of Uppsala.) 1986.
2. *Göran Nilsson*: Effects of Bisulphite and the Stability of Adrenaline, 1986.
3. *Olof Blix*: Vård på kontrakt av kriminella narkomaner: Ett alternativ till fängelse. (English Summary: A Swedish Pre-sentence Addict Diversion Programme.) 1987.
4. *Catharina Lindencrona*: Kontinuitet i omvårdnaden av äldre patienter. Studier av utskrivningen från sjukhus till hemmet samt attityderna till äldre bland sjuksköterskor. (English Summary: Continuity in nursing care of elderly patients. Studies of discharges from hospital to home and nurses' attitudes toward elderly) 1987.

Distributor:
Almqvist & Wiksell International
Box 638, S-101 28 Stockholm, Sweden

ISBN 91-554-2100-8
ISSN 0282-8928